TRAITÉ COMPLET
DES MALADIES
DES
FEMMES
ET DE
L'HYGIÈNE DE LEUR SEXE,
AVEC UN GRAND NOMBRE DE DESSINS;

NOUVELLE ÉDITION

Augmentée des lésions relatives à la **CONCEPTION**, à la **GROSSESSE**, à **L'ACCOUCHEMENT** et à l'**ALLAITEMENT**.

PAR

COLOMBAT DE L'ISÈRE,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, docteur en médecine et fondateur de l'institut orthophonique de Paris, ex-chirurgien interne de la maison de santé de la rue de Valois, spécialement consacrée au traitement des maladies des femmes, lauréat de l'académie des sciences, vice-président de la société philotechnique de Paris, de la société anatomique de la même ville, de l'institut historique de France, de la société des sciences de Strasbourg, du cercle chirurgical de Montpellier, de la société médico-chirurgicale de Lyon, etc, etc.

L'époque la plus intéressante de la vie de la femme est celle de ses souffrances et de ses dangers. MORBAU DE LA SARTHE.

Mille malli species, mille salutis erunt. OVIDE.

TOME PREMIER.

PARIS,

ANCIENNE MAISON BÉCHET Jne,

LABÉ SUCCESSEUR, LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Place de l'École-de-Médecine, no 4.

CHEZ L'AUTEUR, RUE NEUVE-DES-PETITS-CHAMPS, 20.

1843

J VIII Col

Compte-rendu des travaux de l'École royale vétérinaire d Lyon, année 1839-1840.

Lu en séance publique le 10 août 1840, par M. Rey (Alfred).

Monsieur le Préfet,

Messieurs,

Appelé pour la première fois à l'honneur de prendre la paro devant cette assemblée, j'éprouve un sentiment d'émotion diff cile à vaincre. Le choix de mes auditeurs, l'objet de cette ré nion, l'exemple tracé par d'illustres devanciers, tout me ra pelle à la fois et mes devoirs et mon insuffisance; tout m'aura obligé de refuser une mission aussi difficile qu'honorable, si n'avais pensé que mon inexpérience elle-même me donnera quelques droits à réclamer votre indulgence.

Les comptes-rendus, qui depuis longtemps sont lus chaq année dans nos écoles, pour la solennité qui nous réunit, o pour but principal de faire connaître les travaux des vétérinai qui ont consacré leur existence à l'enseignement, et de justif ainsi les sacrifices faits par le pays dans l'intérêt de l'agricultu Ils servent encore à propager les progrès de la science, au quels on ne peut guère assigner d'autre point de départ que centres d'instruction créés par le gouvernement. Enfin, comm parler de nos efforts sans dire un mot du but vers lequels ils so dirigés? Comment vous intéresser à l'exposé de nos travaux nous ne montrons auparavant l'importance des études qui sont l'objet, de la science qui a pour résultat la conservati des animaux domestiques?

La médecine vétérinaire commence à aspirer au rang qui appartient; fortement devancée par la médecine, qui s'occu de l'être le plus parfait, de l'homme, elle lui emprunte des

TRAITÉ COMPLET

DES MALADIES

DES FEMMES.

Ouvrages du docteur COLOMBAT de l'Isère.

TRAITÉ DE TOUS LES VICES DE LA PAROLE ET EN PARTICULIER DU BÉGAIEMENT, etc. 2 vol. in-8° 3me. édition, 1840, avec fig. 12 fr.

NOTA. Cet ouvrage, traduit en plusieurs langues, a valu à l'auteur un prix de 5,000 fr., décerné par l'Académie des sciences de l'Institut de France.

TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES et de l'Hygiène spéciale de leur sexe, avec plusieurs planches, 3 forts vol. in-8°, de près de 1500 pages. Prix : 16 fr. et 18 par la poste. 1843.

DICTIONNAIRE HISTORIQUE ET ICONOGRAPHIQUE de TOUTES LES OPÉRATIONS et des instruments, bandages et appareils de la chirurgie ancienne et moderne, servant de complément à tous les autres dictionnaires de médecine. 4 tomes in-8, avec plus de 1500 dessins. Prix: 20fr. Le premier tome est en vente.

TRAITÉ DES MALADIES ET DE L'HYGIÈNE DES ORGANES DE LA VOIX, ou Recherches théoriques et pratiques sur la physiologie, la pathologie, la thérapeutique et l'hygiène de l'appareil vocal. in-8, avec planches. Prix : 6 fr., et 7 fr. 50 cent. par la poste.

NOUVEAU PROCÉDÉ pour extraire la pierre de la vessie, in-8. 1829.

L'HYSTÉROTOMIE, ou l'Amputation du col de la matrice, dans les affections cancéreuses, suivant un nouveau procédé. in-8, avec planches. 1828.

DE LA LIGATURE et de la Compression des artères. in-8. 1828.

DU BAUME DE COPAHU, sans odeur ni saveur désagréables, administré dans la blennorrhagie et leucorrhée ou flueurs blanches. in-8. 1832.

TABLEAU SYNOPTIQUE et statistique du bégaiement, et des moyens curatifs qui conviennent à chaque variété, suivi de l'articulation artificielle de tous les sons qui arrêtent le plus souvent les bègues.

MÉMOIRE SUR L'ORIGINE psychologique et physiologique des sons articulés. in-8. 1839.

MÉMOIRE SUR L'HISTOIRE et la physiologie de la ventriloquie. 1840.

MÉMOIRE SUR LE MECANISME DES CRIS et leur intonation dans chaque espèce de douleur ; in-8. 1840.

Pour paraître.

TRAITÉ DE L'HYGIÈNE DES ORGANES SEXUELS chez l'homme et chez la femme. 1 vol. in-8. avec fig.

DE L'HISTOIRE PHILOSOPHIQUE DE LA MUSIQUE et de l'influence de cet art sur les passions et la santé de l'homme. Un fort volume in-8.

IMP. DE MOQUET ET HAUQUELIN, RUE DE LA HARPE, 90.

TRAITÉ COMPLET

DES MALADIES

DES

FEMMES

ET DE

L'HYGIÈNE DE LEUR SEXE,

AVEC UN GRAND NOMBRE DE DESSINS;

NOUVELLE ÉDITION

Augmentée des lésions relatives à la **CONCEPTION**, à la **GROSSESSE**, à **L'ACCOUCHEMENT** et à l'**ALLAITEMENT**.

PAR

COLOMBAT DE L'ISÈRE,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, docteur en médecine et fondateur de l'institut orthophonique de Paris, ex-chirurgien interne de la maison de santé de la rue de Valois, spécialement consacrée au traitement des maladies des femmes, lauréat de l'académie des sciences, vice-président de la société philotechnique de Paris, de la société anatomique de la même ville, de l'institut historique de France, de la société des sciences de Strasbourg, du cercle chirurgical de Montpellier, de la société médico-chirurgicale de Lyon, etc, etc.

L'époque la plus intéressante de la vie de la femme est celle de ses souffrances et de ses dangers. MOREAU DE LA SARTHE.

Mille mali species, mille salutis erunt, OVIDE

TOME PREMIER.

PARIS,

ANCIENNE MAISON BÉCHET Jne,

LABÉ SUCCESSEUR, LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Place de l'École-de-Médecine, no 4.

CHEZ L'AUTEUR, RUE NEUVE-DES-PETITS-CHAMPS, 20.

1843

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

A

MON PARENT

M. de Longerville,

DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE, ETC., ETC.

Au savant et gracieux interprète.

de LUCRÈCE, d'OVIDE, de VIRGILE, de MILTON, etc.

« Dans tes écrits brillants d'immortelles clartés
« Je m'abreuve à longs flots d'utiles vérités !

Traduction da Lucrèce, CHANT III.

Témoignage public de mon attachement, de ma gratitude et de mon admiration passionnée.

MARC COLOMBAT DE L'ISÈRE.

Digitized by the Internet Archive
in 2017 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b2933407x_0001

TABLE

DES MATIÈRES.

PREMIÈRE PARTIE.

Dédicace . . . . . .
Ouvrages du même auteur . . . . . .
Liste alphabétique des auteurs cités dans l'ouvrage. . . . 1
Introduction.. 9

Chapitre I.

Histoire des changements physiques, moraux et physiologiques qui s'opèrent chez les femmes aux principales époques de la vie. 17
De la puberté. 21
De la menstruation. 26
Nature et propriétés du sang des règles. 35
Phénomènes de la gestation. 42
De la cessation des règles. 47

Chapitre II.

Des variétés de conformation, de l'anatomie chirurgicale des organes sexuels de la femme, et des sympathies de la matrice. 60
Variétés anatomiques de la vulve. . . . . *id.*
Idem des grandes lèvres. 61
Idem des petites lèvres . . . . . *id.*
Idem du clitoris. 63
Idem du canal de l'urètre. 64
Idem du périnée. 65
Variétés de conformation du vagin. 65
Idem de la membrane de l'hymen 66
Anatomie chirurgicale du vagin 67
Variétés de situations et rapports chirurgicaux de la matrice. 70
Variétés de conformation et rapports chirurgicaux du col de la matrice. 74
Vices primitifs et accidentels des organes sexuels de la femme. 78

Sympathies de la matrice 85

Chapitre III.

Exploration des organes sexuels. 93
Du toucher vaginal 94
Du toucher par le rectum. 99
De la palpation hypogastrique 101
De l'application du spéculum. 103
Idem du stéthoscope. 114
Idem du métroscope. 115

Chapitre IV.

Causes générales des maladies des femmes. 116
Tableau synoptique des maladies des femmes. 121

Chapitre V.

PREMIÈRE SECTION.

Des organes génitaux externes. 124
Union des grandes lèvres. 127
Union des nymphes 135
Prolongement excessif des petites lèvres. 138
Nymphotomie. 140
Développement anormal du clitoris. 144
Résection du clitoris 145
Imperforation du méat urinaire. 146
Opération pour y remédier. 147
Etroitesse du canal de l'urètre. 149
Imperforation du vagin. 150
Procédé de l'auteur. 158
Etroitesse congéniale du vagin. 165
Oblitération et rétrécissement accidentel du même organe. 170
Obturation vaginale accidentelle ou primitive. 175
Procédé de l'auteur 188
Occlusion de la matrice 192
Opération pour y remédier. 195
Atrétisme des trompes. 196
Absence du vagin et son ouverture dans le rectum et la vessie. 198
Absence de la matrice. 200
Moyens de diagnostic. 202

Chapitre VI.

DEUXIÈME SECTION.

Lésions de situation. 203
Hystéroptose ou chute de la matrice. 205
Histoire des pessaires. 229
Des principaux pessaires et de leur application. 237
Pessaires ronds et pessaires à cuvettes 238
Idem ovales 239
Idem ovoïdes ou à grains de chapelet . . . . . *id.*
Idem en gimblette ou à anneau. 240
Idem en 8 de chiffre. . . . . *id.*
Idem à tige ou à bilboquet. 241
Idem en bondon. 243
Idem élytroïdes. 244
Du choix des pessaires. 247
Accidents qui peuvent résulter de leur application. . . . 248
Pessaire de l'auteur 256
Complications qui contr'indiquent leur emploi et indications à remplir. 258
Traitement curatif du prolapsus utérin. 260
Extirpation de la matrice déplacée 262
De l'antéversion et de la rétroversion de la matrice. . . . 267
De l'antéflexion et de la rétroflexion du même organe. . 297
De l'obliquité et de l'inclinaison *idem* 305
Du renversement ou inversion *idem*. 311
De l'élévation *idem*. 339
De la fixité anormale *idem*. 341
De l'hystérocèle ou hernie de la matrice. 347
De l'hystérocèle inguinale 350
De l'hytérocèle crurale 351
De l'hytérocèle ventrale. 353
Des hernies de l'ovaire. 357
De la cystocèle vaginale ou hernie de la vessie dans le vagin. 363
Du prolapsus de la muqueuse urétrale. 372
De l'entérocèle vaginale. 373
De l'entérocèle et de la cystocèle vulvaires. 378

De la chute et du boursoufflement de la membrane interne du vagin. 81
De l'invagination du vagin 32
Explication des planches. 396

TOME SECOND.

TROISIÈME SECTION. LÉSIONS PHYSIQUES.

Chapitre VII.

Contusions des grandes lèvres. 406
De la déchirure du périnée 409
Des déchirures et de la rupture du vagin. 422
Des contusions et des plaies de la matrice. 428
Rupture de la matrice 437
Fistules vaginales. 454
Fistules vagino-vésicales et vagino-urétrales. 455
Traitement, méthode palliative. 466
Idem, méthode palliative temporaire. 469
Tamponnement et méthode de *Desault*. 470
Cautérisation. 474
Instruments de l'auteur. 477
De la suture. 479
Procédés de l'auteur. 487
Du rapprochement des bords fistulaires au moyen d'instruments particuliers et sans le secours de la suture. . 496
Des fistules recto-vaginales. 504
Des corps étrangers accidentellement introduits dans le vagin, la matrice et le canal de l'urètre.. 510
Contusions et plaies des mamelles. 435

QUATRIÈME SECTION. LÉSIONS VITALES.

Chapitre VIII.

Phlegmasies superficielles de la vulve. 515
Prurigo de la vulve. 518
Du phlegmon et des phlegmasies profondes des grandes lèvres. 522

Inflammations gangréneuses des grandes lèvres. 524
Inflammation aiguë du vagin 526
Inflammation aiguë du parenchyme et de la membrane interne de la matrice. 531
De la métrite chronique ou de l'inflammation sub-aiguë du tissu propre de la matrice. 556
Métrite chronique sans engorgement 559
Métrite chronique avec engorgement. 561
Engorgement utérin sans induration. 565
Engorgement œdémateux du col de la matrice. 569
Engorgements sanguins de la matrice avec et sans hémorrhagie. 571
Engorgement congestif avec hémorrhagie. 575
Engorgement primitif avec induration. 579
Engorgement squirrheux. 582
Induration tuberculeuse. 585
De la leucorrhée ou flueurs blanches. 588
Des rougeurs, des ulcérations simples, et des éruptions du museau de tanche. 627
Des ulcères chancreux, scrophuleux, etc., siégeant sur le museau de tanche. 631
Des ulcères carcinomateux. 636
Du cancer de la matrice. 640
Traitement du cancer de la matrice. 663
Traitement chirurgical. 677
Amputation du col utérin. 682
Historique. 683
Modifications de l'auteur. 690
Hystérotomie au fond du vagin. 692
Procédé de l'auteur. 693
Traitement consécutif. 708
Extirpation de la matrice cancéreuse. 715
Modifications de l'auteur. 725
De la physométrie ou tympanite utérine. 727
De l'hydrométrie ou hydropisie de la matrice. 740
Des hydatides de la matrice. 749
Des concrétions calculeuses de la matrice et des autres organes génitaux. 757
Des polypes de la matrice 766
Des polypes cellulo-vasculaires. 771

Des polypes fibreux pédiculés. 774
Des polypes fibreux non pédiculés ou corps fibreux de la matrice. 779
Traitement chirurgical. 797
Cautérisation. 798
Broiement. 800
Ligature 801
Procédé de l'auteur. 804
Excision 811
De l'inflammation des ovaires et des trompes. 819
De l'hydropisie des mêmes organes. 829
Du cancer de l'ovaire et des autres dégénérescences de cet organe. 859
Du cancer du vagin et de la vulve. 866
Du cancer du clitoris. 867
Idem du méat urinaire. . . . . *idem.*
Idem des grandes lèvres . . . . . *idem.*
De l'œdème de la vulve. 871
Des varices des grandes lèvres. . . . . *idem.*
Des tumeurs enkystées, *idem*. 873
Du cancer des mamelles. 875
Traitement chirurgical 890
Compression. 894
Appareil de l'auteur. 895
Extirpation. 901
Manuel opératoire 905
Contr'indications 909
Des tumeurs enkystées, et des diverses espèces d'engorgements chroniques des mamelles. 912

CINQUIÈME SECTION, LÉSIONS DE FONCTIONS,

ET NÉVROSES PARTICULIÈRES AUX FEMMES.

CHAPITRE IX.

Des dérangements de la menstruation. 917
De la *ménaphanie* ou non-apparition primitive des règles 918
De l'aménorrhée ou suppression des règles 920

De la dysménorrhée, ou écoulement douloureux et difficile des règles. 957
De l'hyperménorrhée ou écoulement immodéré des règles 961
Des hémorrhagies de la matrice . . . . . , ... 966
De la chlorose ou pâles couleurs. 987
De la nymphomanie ou fureur utérine. 1018
De l'hystérie et des autres affections spasmodiques chez la femme. 1030
Accès hystériforme et cérébro-spasmie. 1066
Spasme gastro-intestinal ou gastro-spasmie. 1071
De l'hystéralgie. 1075

HYGIÈNE SPECIALE DE LA FEMME.

HORS LE TEMPS DE LA GROSSESSE.

CHAPITRE X.

Règles hygiéniques concernant la puberté et la menstruation. 1080
Règles hygiéniques concernant l'union des sexes. . . 1088
Règles hygiéniques concernant l'âge critique. . . . 1096
Hygiène générale appliquée à la femme. 1102

CHAPITRE XI.

SIXIÈME SECTION. — LESIONS RELATIVES A LA REPRODUCTION.

De l'impuissance et de la stérilité. 1125
De la fausse grossesse. 1134
Des moles ou conceptions dépravées. 1138
Des grossesses extra-utérines. 1148
De la grossesse tubaire. 1149
De la grossesse ovarienne. 1150
De la grossesse péritonéale. 1151

De la grossesse interstitielle. 1155
De la gastronomie. 1167
De l'avortement ou fausse couche 1170
Maladies de la grossesse 1171
Des nausées et du vomissement. 1188
Du ptyalisme. 1193
De l'odontalgie. 1195
De l'anorexie. 1197
De la boulimie. 1199
De la dyspepsie et de la polydipsie. 1200
Des appétits bizarres, pica malacia. 1201
Du pyrosis. 1203
De la dysphagie. 1205
Des aigreurs. 1205
De la gastralgie. 1207
De l'entéralgie. 1209
De la constipation. 1210
De la diarrhée, de la dyssenterie et du ténesme. . . 1213
De la dyspnée. 1216
De la toux. 1219
Des hémorrhagies utérines pendant la grossesse. . . 1222
De l'hémoptysie, de l'hématémèse et de l'épistaxis. . 1229
De la pléthore sanguine. 1232
Des palpitations. 1235
De la syncope. 1236
Des varices. 1239
Des hémorroïdes. 1241
De l'œdème. 1243
De la céphalalgie et des vertiges. 1246
De l'insomnie ou agrypnie. 1248
Des névroses de l'ouïe, de la vue, de l'odorat et du goût. 1249
Des troubles de l'intelligence. 1252
De l'éclampsie ou convulsions puerpérales. 1254
Dispositions aux chutes. 1276

Affections de l'appareil urinaire. 1277
Douleurs dans diverses parties dépendantes de la grossesse. 1280

MALADIES RELATIVES A L'ACCOUCHEMENT.

De la fièvre de lait. 1287
De la péritonite puerpérale. 1291
De la phlébite utérine. 1308
Des autres phlébites puerpérales. 1316
De l'œdème douloureux. 1317
De la névrite puerpérale. 1319
Des abcès phlegmoneux des femmes en couche. . . 1320
De l'inertie de la matrice et des hémorrhagies qui en résultent. 1321
De l'éruption miliaire. 1326

LESIONS RELATIVES A LA LACTATION.

Des tranchées. 1283
Accidents relatifs aux lochies. 1284
De l'agalaxie. 1329
De la polygalactie et de la phthisie laiteuse. 1332
De la rétention du lait dans les mamelles. 1334
Altérations du lait. 1336
Maladies des mamelles. . . . . .
De l'inflammation des mamelles ou poil 1340

HYGIENE DES FEMMES ENCEINTES ET DES FEMMES EN COUCHE.

Hygiène des femmes enceintes. 1347
Hygiène des femmes enceintes et des femmes en couches. 1356

AVIS AU LECTEUR.

L'auteur prie le lecteur de vouloir bien, avant de lire cet ouvrage, faire au moyen du crayon les corrections essentielles indiquées ci-dessous.

ERRATA.

PAGE. LIGNE.

96 — 21 Au lieu de : moins considérable que chezla femme, lisez *moins considérable chez la femme.*

34— 21 Au lieu de : terminer l'adhérence, lisez *achever de détruire l'adhérence.*

164— 14 Au lieu de : dysménorrhée par son excrétion, lisez *dysménorrhée par non-excrétion.*

348— 9 Au lieu de : corne de bœuf, lisez *corne d'un bœuf.*

DEUXIEME VOLUME.

PAGE. LIGNE.

613 — 24 Au lieu de : conséquence du flux leucorrhéique, lisez *conséquence de la suppression du flux leucorrhéique.*

615 — 15 Au lieu de : diminuer tout à fait, lisez *dissiper tout à fait.*

648 — 38 Au lieu de : tous les glands, lisez *toutes les glandes.*

655 — 26 Au lieu de : des parties antérieures, lisez *parties extérieures.*

705 — 13 Au lieu de : urétro-péritonite, lisez *utéro-péritonite.*

752 — 4 Au lieu de : voyait se renouveler, lisez *voyait tous les mois se renouveler.*

811 — 8 Au lieu de : construction : lisez *constriction.*

888 — 22 Au lieu de : fibreuse cartilagineuse , lisez *fibro-cartilagineuse.*

930 — 15 Au lieu de : ménophanie, lisez *ménaphanie.*

965 1 Au lieu de : à ce sujet, lisez *sous ce rapport.*

LISTE

ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

CITÉS DANS CET OUVRAGE ;

avec l'indication des pages où ils sont cités.

Aétius. 104, 125, 139, 142, 205, 262, 268, 306, 357, 551, 556, 749, 757, 765, 799, 901, 902, 988, 1019, 1031, 1049, 1058.
Ahrum. 1031.
Akakia. 192.
Alberty. 1032, 1049.
Albucasis. 105, 125, 145, 250, 901.
Albinus. 756.
Alibert. 593, 621, 625, 675, 814, 885, 970.
Alliot père. 898.
Alpin. 982.
Amard. 1033.
Ameline. 298.
Amussat. 760, 905, 951, 953.
Andral. 178, 756, 823, 824, 829, 830, 854, 989, 1002, 1036.
André Delacroix. 105.
Andrieux. 951.
Ané. 317, 327.
Antillus. 205.
Antipater. 799.
Apsyrte, 250.
Archigène. 104, 901,
Arétée. 205, 589, 749, 1019, 1051, 1089, 1068.
Aristote, 30, 55, 151, 205, 1089.
Arnaud. 151.
Arronssohn. 714.
Aspasie. 205, 268, 289.
Asdrubali. 415.
Assalini. 910.
Astruc. 31, 58, 262, 551, 605, 606, 731, 746, 1031.
Athénée, 854.
Avenel. 686.
Avicenne. 105, 125, 145, 145, 157, 589, 902, 988.
Babin. 358.
Baglivi. 9, 605.
Bailie. 830.
Baillou. 605, 606, 988, 1015, 1031.
Bailly. 454, 1036.
Ballard. 1014.
Bancks. 62.
Bannerr. 722.
Barbeyrac. 1033.
Barbot. 82, 198, 505.
Barthélemy Emile. 415, 421.
Barlet. 274.
Barnes. 468.
Barret. 358.
Barthez. 616, 1032.
Bartholin. 129, 386, 394.
Barruel. 992.
Baudeloque. 38, 200, 270, 282, 285, 287, 298, 320, 321, 327, 337, 338, 344, 369, 415, 443, 683, 729, 814, 924, 932, 937.
Bauhin. 242.
Baumgarden. 295.
Baxter. 264, 338.
Bayle. 665, 888, 769.
Baynbnam. 293, 294.
Bazile. St. 1028.
Bazin de Basseneville. 270, 271.
Bazoni. 625.
Baulieu 241.
Baumes. 1031.
Becker. 130, 132.
Béclard. 813.
Beau. 996, 997.
Begin. 905, 935.
Behling. 446.
Bell Benjamin. 605.
Bell Charles. 894, 902.
Bellini. 476, 726.
Bellon. 139.
Benedicti. 732.
Benevenius. 151.
Benevoli. 173.
Beniveni. 130.
Benoiston de Château-Neuf. 58.
Berengarius. 262.
Bérard. 252, 814.
Bérard Auguste. 262, 391.
Berner. 997.
Bernhard. 264.
Berthelot. 698, 700.
Bertholini Thomas. 448, 758.
Bertrand. 698.
Bertze. 107.
Bessière. 358.
Bezold. 982.
Bichat. 11, 32, 81, 390, 756, 769, 1032 1058.
Bett. 894.
Billard. 358.
Bird. 270.

Blackmor. 1032.
Blache. 989.
Blancard. 742, 759, 859, 1025.
Blandin. 700, 702, 770.
Blasius. 173.
Blatin. 532.
Blaud. 946, 989, 990, 1011, 1012, 1013.
Blayn. 990.
Blegny. 1025.
Blimdell. 461, 722, 845.
Bobe-Moreau. 225.
Bochard, 444.
Bocquet. 625.
Boehmer. 215.
Boer. 276, 299.
Boerhaave. 756, 997, 1019, 1032, 1049, 1067.
Boisseau. 989, 1034.
Boivin Mc. 107, 111, 137, 227, 270, 272, 284, 298, 299, 305, 313, 333, 337, 342, 346, 348, 358, 379, 441, 629, 845, 850.
Bompard. 380.
Bonfils. 701, 735.
Bonnet Théophile. 446, 590, 742, 759, 989.
Bordeu (de) Th. 32.
Bouchet le père. 337.
Bouchet de Lyon. 801, 806.
Boudet. 409.
Boudon. 471, 777, 790, 799.
Bouillaud. 989, 995. 996.
Bourjot St.-Hilaire. 967.
Bouvet. 767.
Boyer. 131, 168, 193, 198, 200, 241, 248, 258, 294, 329, 347, 351, 364, 391, 472, 702, 774, 807, 816, 885, 899, 901, 903.
Brachet. 989, 1033, 1066, 1067, 1068, 1072.
Brande. 964.
Brasdor. 801.
Brehem. 823.
Bremser. 756.
Brendelius. 432.
Brera. 937, 952.
Breschet. 76, 79, 701, 702, 756, 767, 769, 903.
Brodman. 213.
Brody. 255.
Bronfied. 758.
Brouard. 245.
Broussais. 597, 931.
Broussais Casimir. 1067.
Braum. 900.
Brueck. 989.
Brugnatelli, 761.
Bruninghausen. 240, 270, 272.
Buchan. 1123.
Buchner. 997.
Buet. 1021.
Buffon. 138.
Bugnard. 98.
Buisson. 81.
Burnet Thomas. 1031.
Burns de Glasgow. 371, 378, 644, 848
Cabanis. 989. 990.
Cabaret. 192.
Cabini. 984.
Cabrol. 148, 151, 153.
Caignoux. 701.
Caillot. 70, 200, 860, 861.
Callisen. 276, 848.
Camerarius. 130.
Campbell. 443.
Camper. 251, 358, 848, 902.
Canella. 704.
Cancoin. 678, 679.
Capivacci. 898, 1058.
Capuron. 227, 260, 462.
Caron du Villards. 169, 170, 625, 672, 952.
Carmichael. 899.
Carpie. 337.
Carpus. 263. 264.
Cathral. 193.
Cayol. 656, 888.
Celse. 64, 125, 151, 157, 162, 768, 799, 901, 964, 1019, 1052.
Cerlata. 901.
Chailly. 468.
Chambon. 130, 990, 1036.
Chaponnier. 951.
Chardin, 139.
Charierre. 107, 670.
Charleton. 590, 604, 605, 606.
Chassaignac. 813.
Chatelain. 935.
Chaussier, 367, 427, 554, 1112.
Chélius. 480.
Chéselden. 902.
Choppart. 212, 214, 260, 333, 347, 351.
Chrétien. 673.
Chrysmer. 855.
Charleton. 1031.
Chesneau. 1031.
Chevalier. 161, 337.
Cherghon. 849.
Christian de Liverpool. 365.
Christophe de Véga. 732.
Cicéron. 125.
Cigna. 532.
Civatte. 77.
Clarck. 264, 270, 801, 847. 967.
Clifton. 31.
Cloquet Jules. 215, 244, 245, 250, 290, 379, 777, 902, 960, 1029.
Cloquet H. 756, 1068.
Cœlius Aurélianus. 1031, 1052.
Coindet. 951, 1063.
Colin. 777.
Colineau. 443, 653.
Columbus. 200.
Columelle. 36.
Comarmont. 967.
Côme (le frère). 335, 898, 909.
Cooper Aley. 365, 366, 370, 379, 380, 855, 913, 915.

Cooper Samuel. 364, 848, 903.
Copland. 992.
Corbin. 893.
Cordœus Moritaneus. 439.
Corriol. 945, 947.
Cormick. 179, 180.
Coster. 1028.
Crants. 442.
Cromer. 1105.
Crouzit. 514.
Cruveilhier. 648, 702, 748, 756, 778, 779, 829, 830, 831, 832, 834, 860.
Cullen. 951, 981, 989, 1031, 1067.
Cullerier. 318, 509, 607, 633, 801.
Curade d'Avignon. 364, 366.
Daillez. 312, 320, 327, 328.
Dance. 533.
Davvy. 964.
Deganosse. 702.
Degraaff. 590, 604.
Dehaen. 38, 179, 371, 374, 832, 849, 851, 854, 858.
Deider. 898.
Dejours. 180.
Delaberje Louis. 922. 992.
De la Corde Maurice. 731.
Delamotte. 230, 320, 415, 442, 730, 967.
Delaporte. 852, 853, 854, 855.
Delavauguyon. 902.
Deleau. 241.
Deleurye. 337.
Delpech. 265, 415, 476, 718, 727, 834, 848, 849, 855.
Démocrite. 10.
Deneux. 298, 304, 358, 359, 412, 425, 430, 438, 447, 729, 737, 812, 854.
Denmann. 276, 285, 298, 300, 319, 413, 441, 769, 845, 848, 849, 851, 853.
Desault. 322, 333, 338, 430, 417, 472, 473, 769, 781, 801, 802, 902, 908, 910.
Deschamps. 264, 482, 508.
Descuret. 117.
Desgranges. 192, 193, 276.
Desmarchais. 139, 748.
Désormeaux. 241, 250, 282, 290, 292, 298, 304, 317, 319, 383, 413, 440, 756, 922, 981, 989, 990, 1016.
Despine-Marc. 922.
Devaux. 216, 432.
Deventer Henry. 306, 307, 309, 442.
Deyber. 483. 484.
Dewees, 293.
Dhuc. 369,
Diemerbrœck. 132, 422. 854, 1032.
Dietcrich. 899.
Dieffenbach. 390, 415, 422. 486, 855, 857.
Diogène Laerce. 1049.
Dionis. 143, 551, 800, 902, 964.
Divoux. 365.
Dobson. 38.
Dodœus Rambert. 731.
Dœring. 352.
Dolœus Jean. 592.
Donatus Marcellus. 129, 448, 744, 759.
Donné. 530, 608, 609, 611, 613.
Douglas. 446.
Dowman. 899.
Dubois. 96, 106, 321, 338, 702, 817, 898, 900, 1029.
Dubois de la Boë. 1067.
Dubois Paul. 321, 811, 922.
Dubois Thibaud. 452.
Dubois d'Amiens. 1031, 1050, 1066.
Dubled. 726.
Ducreux. 213, 259, 701.
Dufrénois. 625.
Dufresne Chassagne. 449, 625.
Dugès. 31, 137, 138, 179, 227, 242, 259, 261, 270, 272, 293, 298, 299, 302, 303, 305, 321, 333, 337, 338, 342, 347, 349, 358, 379, 380. 486, 629, 643, 644, 672, 681, 746, 770, 823, 989, 1031.
Duméril. 962.
Dumoulin. 1032.
Dunus. 73.
Duparcque. 442, 443, 461, 554, 569, 570, 571, 572, 573, 578, 579, 581, 584, 643, 644, 645, 665, 984.
Dupuys. 991.
Dupuytren. 106, 130, 163, 198, 200, 201, 253, 364, 390, 413, 415, 420. 475, 497, 505, 511, 628, 677, 684, 685, 699, 702, 770, 772, 775, 778, 781, 800, 807, 810, 811, 812, 814, 816, 818, 823, 849, 900, 902, 908, 910.
Duret. 835, 1031.
Dussaussoie. 286, 287.
Duun John. 441, 447.
Duval. 217.
Duvernay. 81.
Dzondy. 855.
Egge. 442.
Emeth. 31.
Engel. 79, 198, 200, 201.
Erasistrate. 1017.
Esquirol. 1029.
Ettmuler. 616, 988.
Evrat. 899.
Eydoux. 945.
Fabre. 701.
Fabrice de Hilden. 129, 151, 160, 456, 461, 469, 471. 886.
Fabricius d'Aqua pendente. 151.
Faivre. 264, 266, 337.
Fallope. 124, 801.
Fatio. 480.
Fearon. 565, 584, 891, 899.
Feburier. 467.
Fernel Jean. 592, 605, 744, 1031.
Ferrand. 329.
Fincke. 970, 981.
Fitz-Gérald. 38.
Fleurand. 293.
Flamand. 160, 161, 173, 194, 953.
Fleet-Wood Churchill. 623.
Fodéré. 34, 114, 179, 186, 201, 202.

Fœdich. 1018.
Ford. 849.
Forestus. 415, 616, 989, 1031.
Fothergill. 56.
Foubert. 759, 904, 910.
Fouquier. 957.
Foville. 1031, 1066.
Franck. 195, 730, 732, 733, 740, 854, 858, 990.
Franco. 105.
Freind. 38, 591, 937, 989.
Fresart. 605.
Fritz. 953.
Fritzel. 453.
Fronton. 811.
Fuchs. 898.
Gaddesden. 898.
Gall. 29.
Galenzowski. 856.
Galien. 31, 38, 125, 142, 551, 584, 589, 606, 665, 768, 799, 891, 902, 980, 988, 989, 1019, 1031, 1032.
Gardien. 81, 295, 319, 327, 532, 807, 854, 953, 981, 989, 1016, 1033, 1067.
Garengeot. 106, 374, 848, 902.
Garin. 213.
Garthsore. 270.
Gaudex Laborderie. 904.
Gaulthier de Claubry. 776.
Gauthier. 193.
Gendrin. 726.
Gensoul. 807.
Georget. 1019, 1033, 1048, 1066, 1067.
Gérard Ch. 1066.
Gerdy. 770.
Gérentet. 1029.
Gesner. 1025.
Gibert 947.
Gœlick. 997.
Goldson. 446.
Goliken. 616.
Gondret. 1038.
Goock. 337.
Gordon. 829.
Gorther. 38, 1032.
Gost. 237.
Goullard. 318, 358, 899.
Goubelly. 1074.
Gradibus Jean Mathieu, 731.
Graff. 31, 38, 125, 142, 758, 767.
Grammont. 232.
Grandpré. 898, 899.
Grandville. 337, 845, 855, 857.
Grégoire. 272, 512.
Grenier. 255.
Gringer. 769.
Grœfe. 1029.
Gualt. 604.
Guenée. 700, 701.
Guersant. 421.
Guerbois. 506.
Guillemeau. 165. 769.
Guilion. 107, 241, 245, 705, 717.
Gimberlat. 717.
Hæchstetter. 731.
Hagendorn. 586.
Haigh Martin. 762.
Haller. 29, 38, 50, 92, 202, 213, 215' 235, 358, 847, 860, 925, 937, 1031, 1067.
Hamilton 293, 989, 1015, 1033, 1066.
Hannemann. 671.
Hartmann. 580.
Hatin Jules. 170, 625, 705, 705, 854.
Heister. 130, 186, 192, 384, 389, 665, 800.
Helvétius. 1122.
Heming. 390.
Herbiniaux. 322, 769, 795, 801, 812,
Hernius. 590.
Hervez de Chégoin. 195, 196. 236, 270, 769, 775, 811, 812, 814, 816.
Hill James. 905.
Hilscher. 471.
Hippocrate. 35, 37, 38, 57, 89, 150, 154, 165, 166, 205, 204, 229, 268, 532, 584, 665, 757, 768, 798, 951, 980, 981, 988, 989, 1019, 1031.
Hœlscher. 721.
Hoffmann 31, 429, 552, 589, 616, 767, 980, 982, 984, 1016, 1032, 1038, 1054, 1067.
Hoin. 589.
Hooper. 644, 832, 864.
Host Thomas. 444.
Houston. 855.
Honschip. 848.
Huermann. 748.
Hufland. 584, 665, 891.
Huguier. 790, 791, 845.
Hunauld. 1033, 1066.
Hunter. 269, 274, 276, 296, 515, 848, 849, 964.
Husson. 924.
Hutchinson. 1011.
Huxman. 199.
Hygmore. 1033, 1049.
Imbert. 899.
Irving. 262.
Ischier. 855.
Jacquemin. 655.
Jadelot. 79.
Jahn. 270, 271.
Jauzion. 1025.
Jean Maria. 1033, 1066.
Jobert. 107, 501, 629.
Johnson. 337, 849.
Jolly. 1019, 1025.
Joubert. 34, 752.
Jourel. 295.
Julia Fontenelle. 954.
Juncker. 1032.
Junot. 954, 980.
Justamont 898.
Juvénal. 1021.
Kaltsmitt. 769.
Kempel. 671.

Kerhring. 215, 937.
Kergaradec. 114.
Keirscher. 270, 272.
Klein. 270, 1049.
Kœller. 766.
Kravel. 905.
Kulm. 215.
Labare de Benzeville. 327.
Lachaise. 1091.
Lachapelle Mme. 274, 345. 412, 415, 425.
Lacombe. 911.
Laennec. 749, 756, 847.
Laflize. 855.
Lagneau. 606.
Lallemand. 284, 288, 465, 496, 497, 498, 891.
Lallement. 81, 547, 550, 551, 558.
Lambergen. 899.
Lambron. 452.
Lamzweerde. 767.
Lancisi. 1049.
Langenbeck. 265, 718, 722, 725.
Langius. 429, 988.
Lankisch. 767.
Lapeyronie. 682, 800.
Lapoterie. 909.
Laroche. 245.
Larrey le B. 388, 569, 646, 678.
Lassus. 551, 559, 565, 854, 885.
Lathan. 849.
Latour. 194. 271.
Laugier. 498, 499, 801.
Lauvariol. 683.
Lauverjat. 535, 558.
Lavagna. 964.
Leblanc. 225, 517, 518, 565, 567, 569, 808.
Lecat. 51, 801, 902.
Lecanu. 965, 1018.
Ledran. 584, 665, 854, 848, 849, 852, 891, 902, 904, 910.
Leake. 982.
Lecieux 448.
Leduc. 729.
Lemman. 855.
Lemaunier. 855.
Leonard de Bertapaglia. 901.
Leonidas. 902.
Léon l'Africain. 139, 140.
Lepine. 505.
Lepois. 1032, 1049, 1066, 1067.
Le Roux, 81, 527.
Le Roy. 981, 1067.
Lesne. 479.
Lesueur. 62, 672.
Levaillant. 62.
Levannier. 806.
Leveillé. 925.
Levret. 282, 292, 297, 298, 307, 308, 312, 315, 320, 389, 442, 769, 770, 775, 786, 788, 790, 801, 806, 807, 811, 1029.
Lewziski. 480, 485.
Liebaud. 605.
Lieutaud. 79, 179, 200, 545, 759, 855, 1031.
Linnée. 1032.
Lisfranc. 30, 66, 68, 69, 73, 76, 81, 87, 98, 101, 107, 206, 252, 559, 565, 569, 584, 628, 644, 651, 659, 660, 665, 667, 671, 676, 677, 681, 684, 685, 686, 687, 691, 707, 709, 712, 717, 800, 812, 815, 816, 891, 895, 902, 908, 909, 939, 949, 957, 1031, 1064.
Lizard. 725, 849, 851, 854, 857.
Lobstein. 51, 812.
Loder. 214, 384, 385.
Logger. 829, 854.
Loir. 681.
Loob. 1032.
Lordat. 981.
Lorry. 1032, 1049.
Loudon. 950, 1016.
Louis. 528, 757, 758, 759, 910.
Louyer Villermay. 1019, 1031, 1056, 1066, 1067, 1075.
Lugol. 947.
Lycurgue, 1089.
Lyne. 269, 277, 286, 292.
Macdonel. 855.
Mackensie. 455.
Magendie. 58, 952.
Mahon. 186.
Malgaigne. 672, 770, 780, 795.
Mallagodi. 484.
Mallat. 967.
Maning. 446.
Marc-Aurèle. 616.
Maret, 349.
Marignes de Versailles. 260.
Marjolin. 265, 629, 672, 681, 702, 776.
Marshall. 261, 264, 590, 829.
Martial. 145.
Martin 194.
Martin Solon. 825.
Martineau. 849.
Martini. 851, 855.
Masuyer. 960.
Mauduyt. 951, 1016.
Mauriceau. 142, 144, 152, 157, 206, 215, 225, 227, 259, 551, 605, 607, 730, 745, 746, 775.
Mayor. 76, 569, 769, 810, 816.
Mayer. 713, 801, 806.
Mead. 30.
Meadon. 849.
Meckel. 66, 274, 829.
Méad. 845.
Merklin. 839.
Meckren. 152, 391, 394.
Mélier. 662, 665.
Mercatus. 605, 957, 988, 989, 1015 1031.
Mercurialis. 552.
Meriman. 270, 274, 276.
Méry. 564, 566.
Mesner. 801.

Metzer. 201.
Migné. 679.
Millet. 335.
Mojon. 964.
Monneret. 922, 992.
Monro. 746, 748, 833, 834, 845, 848, 849, 853, 901, 903.
Montaigne, 1106.
Montain. 415.
Montana. 448.
Monteggia. 475, 683.
Morand. 180, 587, 756, 758, 833, 834.
Moreau de la Sarthe. 37, 55, 411.
Morlane 448.
Morland. 194.
Morgagni. 155. 159, 160, 173, 179, 186, 192, 193, 198, 199, 200, 201, 202, 546, 543, 590, 592, 597, 665, 675, 756, 758, 854, 860, 861, 911, 1025, 1032, 1067.
Morus Michel. 759.
Moschion. 143, 151, 768, 811, 1019.
Moulin, 440, 443.
Mouro. 206.
Muralt. 347, 351, 358, 812, 824, 829, 834.
Murat. Jean. 153.
Muray. 270.
Musa Antonius. 799.
Naboth. 185, 192.
Nathan. 835.
Nauche. 115, 213, 290, 304, 318, 452, 745, 746, 951, 1016.
Negri. 625, 984.
Neuter. 592, 1032.
Neuville. 453.
Newnham. 264, 337.
Nicod. 888.
Nicolon. 202.
Nisten. 801.
Nœgel. 481, 482, 483, 746.
Noël. 415.
Nollet Jh. 252.
Norford. 899.
North. 903.
Ohémer. 903.
Ollivier d'Angers. 931.
Orfila. 50, 505, 1068.
Oribase. 203, 357, 551, 1019.
Osborn. 981.
Osiander. 31, 33, 250, 255, 337, 672, 683, 684, 685.
Ovide. 994, 1026, 1078.
Pallas. 756.
Papin. 358.
Paracelse. 31, 898.
Paré. 164, 665, 682, 731, 769, 1049, 1058.
Paroisse. 855.
Pasta. 38. 552.
Patterson. 950, 955.
Patin. 960.
Paul d'Egine. 105, 125, 139, 142, 262, 556, 902, 905, 988, 1019, 1025.
Pauly. 30, 69, 80, 584, 651, 672, 681, 960.
Pearson. 894.
Pecklin. 987.
Pé Lazarre. 605.
Percival. Poot. 358, 363.
Percy. 752, 755, 756.
Péron. 62
Péry. 1032.
Peschier. 721.
Petit Radel. 846, 847, 1102.
Petit J. L. 130, 350, 354, 356, 467, 479, 902, 903.
Petit Marc Ant. 338, 584, 891.
Peyrilhe. 899.
Pezonni. 1014.
Philippe de Mortagne. 507.
Philotenus. 768, 801, 811.
Phyloxène. 799.
Piesch. 385.
Pignanna. 984.
Pimpernelle. 906.
Pinault Severin. 590.
Pinel. 590, 606, 989, 1029, 1031.
Piorry. 951.
Pissier. 899.
Pitcarn. 605, 1031, 1033, 1066.
Planchon. 432, 438, 442.
Platon. 86, 853, 952, 1031, 1089.
Plazoni. 422.
Plenck. 186, 201.
Pline. 31, 35, 50, 125, 1021, 1049.
Plunket. 899.
Pomme. 1032, 1035, 1049, 1064, 1067, 1074.
Poot. 854.
Portal. 80, 732, 781, 829, 846, 849, 852, 853.
Pouteau. 252, 446, 581, 877, 886, 891.
Power. 854.
Pressavin. 1032, 1064.
Primerose. 605, 989.
Prochaska. 804.
Pujol de Montpellier. 990.
Pujol de Castre. 1031.
Purcel. 1033, 1066.
Puzin. 443.
Puzos. 319, 746.
Quarin. 625.
Quenesville. 1007, 1014.
Radfort. 446.
Rahn. 990.
Ramasini. 764.
Ramsden. 851, 853.
Rapou. 1031.
Raspail. 757.
Raulin. 597, 998, 1032, 1049, 1067.
Raymond. 605, 937.
Récamier. 106, 108, 241, 242, 264, 265 499, 500, 584, 651, 665, 670, 672, 677, 684, 700, 702, 717, 723, 724, 725, 726, 727, 799, 801, 815, 816, 891, 894, 895, 896, 900, 952, 984, 1067.
Rech. 1019.

Rega. 89.
Régnard 1113.
Reichard. 429.
Reichenbach. 679.
Renaudin. 79, 80.
Reneaulme. 901.
Reusner. 898.
Reuss. 750.
Rey. 338, 424.
Richerand. 606. 777, 902, 909, 912, 1029.
Richter. 270, 374, 385, 389, 848, 853.
Richard Brown Cheston. 848.
Ricord. 107, 506, 531, 605, 606, 608, 623, 624.
Ricque. 107.
Ridley. 1032.
Ricland. 129, 1032.
Rivière. 980, 1031, 1052, 1054, 1056.
Robert de Lille. 364, 367, 369, 370.
Roderik. 806.
Rodericus a Castro. 49, 133, 268, 592, 605, 988, 989.
Roche. 364, 922, 989, 990.
Rœderer. 442.
Rognetta. 234, 235, 236, 247, 290, 365.
Rondelet. 34, 105.
Rondelou. 970.
Rondet. Mme. 235, 265.
Robouham. 486.
Ronsæus. 936.
Rongius. 447.
Roonhuysen. 130, 151, 480.
Roosselot. 898, 900.
Rostan. 924, 1068, 1123.
Rougemont. 358, 374.
Roussel. 30, 37, 46, 231, 355, 430, 917.
Rousset. 337, 349, 357.
Roux. 234, 258, 415, 416, 417, 418, 419, 421, 483, 486, 727, 760, 769, 886, 902, 953.
Roux A. 251.
Royer Collard. 937.
Ruand. 521.
Rullier. 1032, 1048.
Ruysch. 507, 756, 775.
Ryan. 461.
Sabatier. 225, 232, 251, 252, 254, 286, 452, 685, 788, 848, 854, 902, 911.
Sablairole. 952.
Salmuth. 448, 731.
Sandifort. 365, 366.
Sanson. 364, 468, 905, 923.
Saucerotte. 415.
Saumet. 80.
Sauter. 719, 721, 722, 723, 724.
Sauvage. 608, 732, 988, 990, 1032, 1061.
Saviard. 81, 152, 206, 214, 215, 216, 224, 225, 241, 242, 860.
Sartorph. 271, 355.
Scarpa. 364, 379, 380, 902.
Schacher. 386, 387, 388, 769.
Schacht. 1033.
Schenck Jean. 741, 742, 759.
Schlessing. 683.
Schlinker. 899.
Schmidt. 270, 272, 855, 857, 899.
Schmucker. 043.
Schneider. 270, 272.
Schreger. 468.
Schweghausen. 270, 271.
Schultzius. 129, 151, 471.
Scribonius Largus. 799.
Scudamor. 849, 851.
Scultet. 106, 902.
Sédillot. 414, 507.
Ségalas. 172.
Ségard. 807.
Séguin. 372.
Sénéque, 11, 1079.
Sennert. 164, 349, 352, 988, 989, 990, 1019, 1031, 1054, 1056.
Serres. 62.
Seymour. 823, 830, 845, 849, 852, 860.
Sibergundi. 276.
Siébault. 722, 781, 810. 816, 854, 902.
Sigaud Lafond. 931, 1016.
Silvius. 593.
Simson. 31, 193, 769, 781.
Sinibaldus. 133.
Smélie. 38, 245, 274, 276, 277.
Sœmmering. 756, 767, 910.
Solénander. 731.
Solingen. 151.
Sommer. 453.
Sonini. 138, 140.
Soranus. 151. 357, 358, 1019, 1031
Sorbait. 130.
Spachius. 105, 268, 768.
Sparjani. 984.
Sparman. 62.
Stahl. 31, 595, 621, 936, 1033.
Stein. 358.
Stoller. 184, 767.
Stoll. 970, 981.
Stoltz. 179, 181, 192, 201, 953.
Storck. 625, 672, 899.
Strabon. 139.
Strambio. 834.
Sue. 430, 438.
Suidas. 43, 854.
Sultzer. 899.
Suret. 241.
Swammerdam. 758.
Sivenck. 1025.
Sydenham. 616, 988, 1016. 1019, 1032 1038, 1049.
Sylvius. 1049.
Tackard. 62.
Tagault. 901.
Tanquerel des Planches. 990.
Tarral. 726.
Taveau. 1113.
Téalier. 651, 656, 665, 679.
Thadée Dunus. 731.
Theden. 79, 801, 848.
Then Rhine. 62.

Thiébault. 904, 911.
Thompson. 107.
Thoumain. 790.
Thouret. 1056.
Thuillier. 904, 911
Tiedeman 92.
Tiv Je. 899.
Tissot. 988, 989, 1052. 1049, 1074.
Tollet. F. 569.
Tonnelé. 860.
Torally. 729.
Toulmouche. 192.
Tourtelle. 970.
Toutain Beauregard. 447.
Trainel. 415.
Tralien. 556, 799.
Triller. 901. 1105.
Tronchin. 1119.
Tro'liet. 1067.
Trousseau. 520, 952, 984, 989.
Tulpius. 685. 814.
Turnèbe Adrien. 357.
Ulmann. 673.
Vacher. 584, 891, 902.
Valsava. 159, 665.
Valescus de Tarente. 50, 751, 898.
Valisnieri. 81, 756.
Vautré. 1069.
Vander Bosch. 970.
Vanderhar. 854.
Vandœveren. 277.
Vanderwiel. 391, 446.
Vanhelmont. 50, 57 92, 1018.
Vanswieten. 604, 788, 1049.
Varandé. 988, 1029.
Vater. 814.
Veidmann. 541.
Velpeau. 76, 77, 108, 190, 480, 499, 508, 509, 622, 701, 756, 812, 816, 905, 909, 955.
Velter. 860, 861.
Ventusa. 192.
Verheyen 56.
Verdier. 574.
Verduc. 902, 906.
Vésale. 742, 899, 1051, 1049.
Viardel. 160.
Vidal de Cassis. 415, 502, 503, 525, 523.
Vigaroux. 519, 1051.
Vigny. 672.
Villeneuve. 816.
Villermé. 241, 242.
Villette. 160, 161, 175.
Virey, 1088.
Viricel de Lyon. 295.
Virgile. 192.
Viridet. 1052.
Vogel 1055, 1066.
Voigtel. 180, 274.
Voisin. 190, 1052.
Wagner. 214, 218, 259.
Waille. 179 199.
Walter. 92, 758, 767.
Walter Wall. 269.
Weikard. 604.
Weis. 107.
West. 952.
Wepfer. 855.
Werlhoff. 50, 947.
Whilt. 295, 1052, 1049.
Weindman. 586, 794.
Wier. 153, 854.
Willaume. 192, 195, 955.
Willis. 159, 847, 1019, 1033, 1055, 1066, 1075.
Wilson. 520.
Windson. 264.
Windsor. 266, 357.
Wleissling. 159.
Wlzezech. 269.
Wrisberg. 685.
Yung. 894.
Zachias 54, 144, 202.
Zacutus Lusitanus. 816, 1051.
Zanc. 748, 898, 902, 908, 909.
Zeller. 241, 905.
Ziegert. 970.
Zimmermann. 143.

INTRODUCTION.

Medicina non ingenii humani partus est, sed temporis filia
(Baglivi.)

En suivant la loi immuable de la nature, et la destinée commune à tous les êtres organisés, la femme est soumise, ainsi que l'homme, aux diverses révolutions de la vie; comme lui, elle naît, croît, s'affaiblit et succombe; comme lui elle parcourt toutes les phases de son existence, et n'arrive au terme fatal qu'après avoir été constamment sous l'influence des différentes causes qui peuvent altérer sa santé. Cependant, si les deux sexes sont l'un et l'autre exposés à une foule de maladies, le nombre des maux qui les accablent est loin d'être le même, car la nature a joint aux affections déjà trop nombreuses que la femme partage avec l'homme, celles qui prennent leur source dans l'excitabilité plus grande de son système nerveux, et dans les fonctions pénibles et orageuses, qui chez elle, préparent ou accomplissent la reproduction.

Si, comme l'a dit *Bichat,* les lésions sont toujours plus fréquentes là où il y a plus d'action; si chaque organe est exposé à être affecté en raison directe de son degré d'activité, on ne doit pas être étonné de la fréquence et du nombre des maladies dont l'utérus peut devenir le siége. L'extrême sensibilité de ce viscère, son importance physiologique, son irritabilité particulière, et surtout les sympathies plus ou moins intimes qu'il entretient avec les autres parties du corps, en font un centre d'action, qui, chez la femme, commande en quelque sorte à toute l'économie, et forme la base principale sur laquelle repose l'édifice

de son organisation. Il est facile d'expliquer, d'après ce que nous venons de dire, pourquoi les lésions vitales de la matrice et de ses annexes se manifestent rarement aux deux périodes extrêmes de la vie, et sont au contraire très fréquentes à l'époque de la cessation naturelle des règles, et surtout pendant les années où les organes génitaux sont soumis à des excitations périodiques et d'autres excitations de diverse nature.

Toutes ces maladies, dont *Démocrite* a exagéré le nombre dans une lettre adressée à *Hippocrate*, où il s'exprime ainsi : « *Uterus sexcentarum ærumnarum in mulieribus causa*, » toutes ces maladies, disons-nous, sont beaucoup plus connues de nos jours qu'autrefois. Si nous avons des données plus précises sur leur nature, leurs causes et leur traitement, c'est que pour marcher à la recherche de la vérité, les médecins de notre époque ont pris pour guide l'analyse plus rigoureuse des symptômes, et n'ont cherché à secouer les chaînes rouillées des vieilles doctrines, qu'en s'appuyant sur les connaissances positives que fournissent la physique, la chimie et l'anatomie pathologique.

Quoique le cercle entier des maladies soit du domaine de la médecine ; quoiqu'il soit du devoir du médecin de consacrer ses études et ses méditations à découvrir les moyens prophylactiques et thérapeutiques qui peuvent les prévenir et les mener plus ou moins vite à une cure radicale, toutes ne peuvent être par lui également approfondies, toutes ne peuvent exercer au même point son génie investigateur; il doit surtout fixer son attention sur celles qui, comme la plupart des lésions de l'organe gestateur,

ont été mal étudiées, et ne sont en quelque sorte connues que par leurs effets funestes.

Malgré la marche de l'esprit humain, malgré les conquêtes nombreuses qu'ont faites toutes les branches de la médecine, il y a beaucoup à dire et beaucoup à faire, et il reste encore une belle tâche à remplir. *Multum restat adhuc operis, multumque restabit, nec ulli nato post mille sæcula, præcludetur occasio aliquid adjiciendi.* (*Sénèque*, lib. I, epist LXIV.)

Si, d'une part, on réfléchit aux perfectionnements réels que les nouveaux moyens de diagnostic ont fait faire depuis quelque temps à la thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus; si d'un autre côté l'on considère que tous les traités des maladies des femmes sont, sous plusieurs rapports plus ou moins incomplets, ou loin d'être au niveau de la science, on appréciera l'utilité et même la nécessité d'un ouvrage qui puisse contenir, quoique dans un cadre assez étroit, tout ce qui concerne cette intéressante matière. C'est dans l'espoir de remplir cette lacune, et dans le but d'être utile aux praticiens et aux élèves, que nous publions ce traité, qui réunit tout à la fois la physiologie, l'anatomie chirurgicale, la pathologie, la thérapeutique, la médecine opératoire et l'hygiène des organes génito-mammaires de la femme.

Nous ne nous sommes pas dissimulé l'étendue et la difficulté de notre entreprise. Si nous avons osé la tenter malgré les écueils qu'elle nous présentait, c'est moins par la confiance que nous avions en nos forces, que parce que nous nous sommes trouvé entraîné par l'intérêt puissant du sujet auquel, depuis plus

de dix ans, nous avons consacré en grande partie, nos études et nos recherches (1).

La division que nous avons adoptée est fondée sur les analogies que présentent entre elles les maladies qui rentrent dans le cadre de cet ouvrage. Dans le but d'en faciliter l'étude, et surtout pour les grouper et les rapprocher autant que possible d'après l'ordre naturel qu'elles devraient occuper dans un système général de pathologie, nous les avons divisé en six sections, savoir : 1° *les lésions de forme*, 2° *les lésions de situation*; 3° *les lésions physiques*; 4° *les lésions vitales*; 5° *les lésions de fonctions*; 6° *les lésions relatives à la reproduction*.

Dans la première section qui comprend tous les vices de conformation primitifs et accidentels, nous nous sommes étendu plus longuement que tous nos prédécesseurs, et nous avons cherché à mieux distinguer qu'ils ne l'ont fait, les diverses lésions résultant de l'union, de l'imperforation, de l'oblitération, de l'étroitesse, de l'obturation et de toutes les espèces d'occlusion des organes génito-urinaires de la femme. Après avoir rapporté et discuté un grand nombre de faits curieux, et avoir indiqué tous les moyens diagnostiques et thérapeutiques de ces diverses lésions, nous avons fait connaître une méthode très simple

(1) Ayant été le chirurgien interne de la maison de santé de la rue de Valois du Roule, spécialement consacrée autraitement médico-chirurgical des maladies des femmes, et ayant suivi pendant long-temps, les savantes cliniques de *Dupuytren* et de *M. M. Lisfranc*, *Récamier*, etc., nous avons été à même de receuillir un grand nombre d'observations sur les affections de la matrice et de ses annexes, dont nous avions déjà fait le sujet d'un mémoire en 1828.

de perforer la membrane de l'hymen en la conservant autant que possible, à cause de l'importance morale qu'on y attache, et dans le but d'opérer une évacuation lente du sang accumulé dans la matrice et d'eviter autant que possible les effets facheux de l'introduction de l'air dans ce viscère. Nous avons également proposé un moyen nouveau de remédier à l'étroitesse du vagin et donné les dessins d'une sorte de dé tranchant, et d'un couteau à lame très convexe à son extrémité, pour séparer les parois vaginales agglutinées.

Dans la seconde section nous avons traité avec beaucoup de détails tout ce qui a rapport aux divers prolapsus de la matrice, et en nous appuyant sur un grand nombre d'observations, nous avons signalé d'une manière plus complète qu'on ne l'a fait, les inconvénients et les avantages des différentes espèces de pessaires, et des autres moyens palliatifs et curatifs dont il est à peine question dans tous les autres ouvrages sur les maladies des femmes. Nous avons également fait tous nos efforts pour ne rien omettre concernant les déviations, les incurvations, le renversement, l'élévation et l'immobilité de l'utérus, les différentes hernies de cet organe, celles des ovaires, la chute de la membrane interne du vagin et l'invagination de ce canal; enfin, le prolapsus et le boursoufflement de la muqueuse urétrale, et surtout la cystocèle et l'entérocèle vaginales et vulvaires, ont été aussi de notre part l'objet d'une attention toute particulière.

Dans la troisième section, qui réunit toutes les solutions de continuité, les contusions, les plaies, les déchirures, les ruptures de la vulve, du périnée,

du vagin, de la matrice, les contusions et les plaies des mamelles, enfin l'introduction accidentelle des corps étrangers dans les cavités génitales, nous avons proposé divers instruments pour rendre plus faciles et plus sûrs les moyens chirurgicaux que réclament la plupart de ces lésions, principalement les différentes fistules vaginales.

Dans la quatrième section, qui présente à elle seule plus de 400 pages, et dans laquelle se trouvent rassemblées les diverses phlegmasies aiguës et chroniques, superficielles et profondes, les transformations, les dégénérescences et toutes les productions morbides de la vulve, du vagin, de l'utérus, des ovaires et des mamelles, nous avons fait connaître plusieurs instruments imaginés par nous, pour le traitement chirurgical des tumeurs polypeuses et des affections cancéreuses de ces organes. Afin qu'on puisse comparer et juger impartialement les moyens que nous proposons, nous avons signalé et décrit avec le même soin la plupart de ceux qui ont été employés par d'autres médecins; si nous n'avons pas accompagné de dessins les descriptions que nous avons faites de leurs procédés opératoires, c'est parce que la plupart sont déjà anciens, et par conséquent généralement connus.

Dans la cinquième section, non-seulement nous avons tâché de ne rien oublier de tout ce qui est relatif aux lésions de fonctions et aux névroses particulières aux femmes, mais même nous croyons avoir émis quelques idées nouvelles sur les causes, le diagnostic et le traitement des hémorrhagies utérines, de l'aménorrhée, de la chlorose, de la nymphomanie et de l'hystérie. Enfin si nous passons sous silence la

série de symptômes et de phénomènes physiologiques de la grossesse, dans la sixième section qui comprend les lésions relatives à la reproduction, c'est, d'une part, parce qu'ils doivent être connus de tous les médecins, et qu'ils sont dans tous les traités d'accouchement; et de l'autre, parce qu'ils ont été en grande partie signalés dans nos prolégomènes.

Pour achever de donner d'avance un aperçu du plan de cet ouvrage, nous ajouterons qu'avant d'entrer en matière, nous avons consacré quatre chapitres, qui comprennent : 1° l'histoire des changements physiques, moraux et physiologiques, qui s'opèrent chez la femme aux diverses périodes de son existence ; 2° les variétés de conformation, l'anatomie chirurgicale des organes sexuels et les sympathies de la matrice ; 3° les différents modes d'exploration des parties génitales, et l'histoire du speculum utérin ; 4° les causes générales et un tableau synoptique des maladies des femmes. Nous devons dire aussi que les détails anatomiques et physiologiques que nous avons donnés sont restreints aux considérations directement applicables à la pathologie et à la thérapeutique.

Dans la conviction où nous sommes que toutes les époques et tous les peuples doivent être tributaires de la médecine, et que c'est trop peu faire pour cette noble science, que de la renfermer dans les limites étroites d'un siècle ou d'une nation, nous n'avons négligé aucun des matériaux que fournissent l'antiquité, le moyen-âge et la médecine contemporaine de tous les pays. On verra qu'en signalant une foule d'opinions, de tentatives et de faits curieux, épars

dans un grand nombre de traités, de mémoires, de recueils et de journaux français et étrangers, nous avons cité scrupuleusement les sources où nous avons puisé (1); enfin, pour rendre encore plus utile et pour compléter autant que possible notre travail, nous l'avons terminé par un long chapitre sur l'hygiène spéciale de la femme, et, dans le but de fixer mieux l'attention du lecteur, et surtout pour diminuer l'aridité des descriptions, nous avons eu soin d'intercaler dans toute l'étendue de l'ouvrage des notes historiques et des observations curieuses et intéressantes.

Malgré tous nos efforts pour bien faire et ne pas laisser de lacunes, nous sommes loin de croire que ce traité soit ce que nous voudrions qu'il fût, c'est-à-dire un livre où rien ne manque, où rien ne surabonde, où tout est à sa place. Si une critique bienveillante nous signale des erreurs ou des omissions, nous en serons flatté, et nous accueillerons avec d'autant plus de reconnaissance les conseils des hommes instruits, que nous sommes résolu de profiter même des avis qui pourraient nous être dictés par l'envie, si nous avions le bonheur de l'exciter.

Puissent nos intentions être bien jugées, et cet ouvrage obtenir les suffrages de nos lecteurs : *Quæso veniam, non laudem!*

(1) On appréciera l'étendue de nos recherches lorsqu'on saura que, dans le but de faciliter l'étude littéraire et historique des maladies des femmes, nous avons cité plus de 1200 auteurs, dont la plupart l'ont été un grand nombre de fois, et dont nous donnons une liste alphabétique en tête de cet ouvrage.

TRAITÉ
DES MALADIES
DES
FEMMES
ET DE
L'HYGIÈNE SPÉCIALE
DE LEUR SEXE,
APPLIQUÉE A TOUTES LES ÉPOQUES DE LA VIE.

CHAPITRE PREMIER.

Histoire des changements physiques, moraux et physiologiques qui s'opèrent chez la femme aux principales époques de la vie.

Née faible et sensible, destinée par la nature à nous donner l'existence et à nous la conserver par des soins tendres et vigilants, la femme, cette fidèle compagne de l'homme, qui semble être le complément des bienfaits de la divinité, mérite le plus vif intérêt et présente un vaste champ de méditations aux philosophes et aux médecins.

En effet, quel sujet est plus digne de notre atten-

tion que la série de changements physiques, moraux et physiologiques qui accompagnent la femme à toutes les époques de son existence ? C'est par une longue suite de modifications et de révolutions qu'elle parcourt toutes les phases de la vie. D'abord elle diffère peu de l'homme enfant, dont elle partage non seulement les plaisirs et les amusements, mais même le caractère et les goûts, l'inconstance et la vivacité. Ignorant alors son sexe, s'ignorant, pour ainsi dire, elle-même, la pudeur ne colore pas son front, et ses yeux qui n'expriment encore aucune passion, ne savent demander que ce qui est relatif à ses besoins.

Quoiqu'à cette époque son corps ne présente qu'une ébauche imparfaite des formes qu'il doit revêtir plus tard, elle conservera toujours, même après son entier développement, quelque chose de la mollesse propre à l'enfance, et ne s'écartera pas autant que l'homme de sa constitution originelle.

La faculté reproductive partage la vie des femmes en trois périodes bien distinctes. Dans la première, cette propriété n'existe pas; dans la seconde, elle est en pleine activité, et dans la troisième elle est nulle. La durée de la première période détermine ordinairement celle des deux autres, de sorte que l'on peut établir en règle générale que la vieillesse de la femme sera d'autant plus hâtive que sa puberté aura été plus précoce.

Les forces vitales qui régissent le système organi-

que et les organes qui le constituent, s'accroissent insensiblement dans la première portion de la vie; elles parviennent à leur parfait développement dans la seconde; puis elles diminuent pour s'éteindre à la fin de la troisième dont le terme, comme celui des deux autres, peut être retardé ou accéléré par différentes causes accidentelles et des circonstances dépendantes de certaines conditions physiques et morales.

En entrant dans la carrière de la vie, les deux sexes offrent à peu près la même physionomie et la même délicatesse d'organes. Leur type et leur caractère, qui ne sont pas décidés, ne diffèrent que par des modifications presque imperceptibles et qu'il est impossible de suivre dans tous leurs détails. Assujettie aux mêmes fonctions et aux mêmes besoins, leur existence isolée et individuelle ne laisse pas encore apercevoir les rapports sympathiques qui doivent dans la suite établir entre eux une dépendance réciproque. Étant sujets aux mêmes maladies, ils sont principalement exposés aux affections convulsives et surtout aux inflammations du cerveau, parce que la tête, qui est dans l'enfance proportionnellement plus volumineuse qu'à tout autre âge, devient chez eux un centre de vitalité vers lequel se dirigent presque tous les efforts de l'organisme.

Les nuances qui distinguent chaque sexe prennent bientôt une teinte plus tranchée, et leurs caractères

particuliers deviennent d'autant plus prononcés que le développement des individus est plus parfait et s'approche davantage de l'époque où, par une sorte d'éclat, la nature signale l'épanouissement qu'elle a graduellement préparé.

L'intervalle qui sépare l'âge de dix ans de la puberté, constitue une époque de transition et une sorte de passage de l'enfance à l'adolescence, qui semble être le temps le plus heureux de la vie des femmes. Leur extrême mobilité nerveuse les empêche alors d'être long-temps impressionnées par les sentiments pénibles qui pourraient s'opposer à leur bonheur. Cette période étant pour elles l'âge des joies naïves et de la gaîté la plus franche, il résulte que leur imagination leur montre alors tous les objets sous des couleurs riantes, et que leur existence se trouve agréablement variée par une piquante étourderie et une grande mobilité de goûts et d'affections. A cet âge exempt de peines et de soucis, elles chantent, elles pleurent, elles rient au même instant; et comme leurs joies, leurs plaisirs et leurs chagrins ainsi que toutes leurs impressions sont éphémères, elles arrivent par une route de fleurs à l'âge où la nature les appelle à payer le tribut qu'elles doivent à l'espèce.

La jeune fille, qui jusque là n'était en quelque sorte qu'un être équivoque et sans sexe, devient femme par sa physionomie et toutes les parties de son corps, par l'élégance de sa taille et la beauté de

ses formes, par la finesse de ses traits, par sa structure, par le timbre plus sonore et plus mélodieux de sa voix, par sa sensibilité et ses affections, enfin par son caractère, ses penchants, ses goûts, ses habitudes, et même par ses maladies. Bientôt tous les traits de similitude qui existaient entre les deux sexes se trouvent effacés; le bouton nouvellement épanoui figure parmi les fleurs, et cette brillante métamorphose est signalée par les fraîches couleurs et le complet développement qui annonce la puberté.

Cette période importante, ce premier moment de triomphe où la nature semble se renouveler, s'annonce par une sorte de besoin de multiplier en soi le principe de la vie, et par divers phénomènes frappants et admirables qui font cesser l'inertie sociale où se trouvait la jeune fille depuis sa naissance. Bientôt les organes sexuels deviennent un centre de fluxion, la nature fait de grands efforts pour établir le flux périodique, et toute la machine éprouve une secousse profonde, une commotion violente, un ébranlement général. La nouvelle énergie de l'utérus imprime à tous les organes une forte impulsion, les fonctions deviennent plus actives, le corps prend un accroissement rapide, les formes se dessinent et affectent les contours gracieux qui sont l'apanage du sexe. En même temps d'autres changements importants ont lieu, le bassin et les organes sexuels qui n'étaient presque qu'à l'état rudimentaire, acquièrent leur

entier développement; la gorge s'élève et devient plus sensible, les mamelles s'arrondissent et se gonflent en établissant une correspondance sympathique avec la matrice. Le mont de Vénus se dessine en relief et se couvre alors d'un épais duvet qui, comme un voile répandu sur les organes de la pudeur, semble leur annoncer qu'ils doivent bientôt se disposer à remplir le rôle important qui leur a été assigné par la nature. Les mailles du tissu cellulaire qui se sont rapidement dilatées sous l'influence des irradiations utérines, donnent bientôt à la surface du corps un embonpoint voluptueux qui fait briller du plus vif éclat tout ce que la beauté et la fraîcheur de la jeunesse ont de plus ravissant.

La physionomie de la jeune adolescente a pris une nouvelle expression; ses gestes ont acquis l'empreinte du sentiment; son langage est devenu plus touchant et plus pathétique; ses yeux plus vifs, quoique langoureux, annoncent un mélange de désir et de crainte, de pudeur et d'amour, enfin, tout en elle émeut, caresse et sollicite.

Ses goûts, ses plaisirs et ses penchants se sont également modifiés; son besoin le plus pressant est d'éprouver des émotions frivoles; elle se passionne alors pour la danse, les spectacles et les fêtes; la curiosité, si naturelle à son sexe, se réveille et devient encore plus active; elle dévore les romans, ou plus fervente que jamais dans la dévotion, elle s'exalte pour les

passions expansives et surtout pour la piété religieuse, qui est aussi pour elle une manière d'aimer.

A cette époque brillante de la vie, le moral qui est sous la dépendance du physique éprouve aussi de grands changements; la jeune fille devient plus tendre, plus sensible, plus compatissante, et semble vouloir s'attacher tout ce qui l'environne; les nouvelles sensations qu'elle éprouve font qu'elle approche avec crainte les compagnons de son enfance; un trouble insolite, une certaine inquiétude, une agitation qu'elle ignorait jusqu'alors, annoncent en elle une puissance qu'elle n'y soupçonnait pas.

L'action du nouveau foyer de vitalité qui s'est établi dans les organes sexuels s'accroît de plus en plus et réagit vivement sur tout le système. Sous l'influence des irradiations sympathiques de l'utérus, la sensibilité générale se trouve modifiée et surexcitée d'une manière particulière. Bientôt un sentiment nouveau fait naître des désirs qui ne sont encore que des élancements sans but, et des mouvements vagues d'un instinct qui cherche un objet sans le connaître. Ce besoin naissant fait éprouver les impressions d'une mélancolie attendrissante, et une douce pudeur dont l'amour ingénu est alors le principe, présage des dispositions nouvelles, et annonce que les penchants et les habitudes de l'enfance ont fait place à d'autres sentiments. La jeune vierge devient timide, réservée, distraite et rêveuse. Elle désire moins le plaisir que

le bonheur ; le besoin d'aimer lui fait rechercher la solitude, et ce nouveau besoin qui trouble son cœur, et l'occupe tout entier, devient pour elle, s'il n'est pas satisfait, une source de désordres et de dérangements de toute espèce.

Différentes causes qui rendent le jeu de la vie plus actif, retardent ou précipitent l'époque de la puberté. Ainsi, l'abondance et les qualités stimulantes des aliments et des boissons, la nature des mœurs, des habitudes et des climats, ont sur ce phénomène vital, une influence très-marquée. Certaines circonstances morales peuvent également l'accélérer ; mais la maturité artificielle qui en résulte agit toujours sur l'organisation, d'une manière pernicieuse : telles sont les jouissances et les passions prématurées, les arts d'imitation, la musique, la peinture, la lecture des romans et des livres obscènes, la vue des images lascives, la fréquentation des spectacles et des bals, les mauvais exemples et surtout le libertinage précoce dont les villes nous fournissent malheureusement trop d'exemples.

Ces pubertés prématurées, résultat fâcheux de la corruption ou d'une trop grande vivacité d'imagination, se manifestent quelquefois de huit à dix ans.

La puberté naturelle qui s'annonce par l'irruption des règles, ne se fait remarquer en général dans nos climats, que vers l'âge de quinze ou seize ans; mais elle a des époques variées suivant les regions qu'on

habite. Ainsi dans les pays méridionaux, en Grèce, en Italie, en Espagne, sous le beau ciel de la Provence et du Languedoc, les jeunes filles sont souvent pubères à douze ou treize ans, et dans certaines contrées de l'Asie, réchauffées en tout temps par les feux générateurs du soleil, c'est vers l'âge de dix ou onze ans que le plus ordinairement elles sont nubiles. Dans les régions glacées, au contraire, telles que la Suède, la Norwège et la Laponie, il n'est pas rare de trouver des femmes qui ne sont réglées qu'à vingt ou vingt-cinq ans et quelquefois plus tard.

En général la crise de la puberté est plus pénible, et plus précoce pour les femmes que pour les hommes, surtout pour celles dont la constitution est très-délicate et nerveuse, comme il arrive souvent chez les personnes qui mènent une vie sédentaire et qui ont les habitudes de l'opulence et du luxe.

Le plus important phénomène physiologique de cette époque consiste dans la première apparition des règles qui dépend du nouveau mode de vitalité des organes sexuels. Lorsque la nature n'est pas arrêtée dans l'accomplissement de ses lois, la matrice, qui était paisible et engourdie chez la petite fille, acquiert alors une grande activité et une vive exaltation de sensibilité. La femme pubère ne tarde point à subir la révolution menstruelle qui se termine par une véritable crise et par une hémorrhagie utérine plus ou moins abondante.

PHÉNOMÈNES DE LA MENSTRUATION.

La menstruation, chez la femme, est un des caractères distinctifs de l'espèce humaine; car hors le temps de l'accouplement, aucun animal n'est sujet à un écoulement périodique par les organes sexuels.

Chez quelques femmes, la première irruption des règles a lieu brusquement et sans aucun signe précurseur. Le sang, à force de s'accumuler dans l'organe où l'embryon doit un jour se développer, s'ouvre dans sa surabondance une sortie facile par une route jusqu'alors inusitée.

Dans le plus grand nombre de cas, au contraire, la première hémorrhagie menstruelle est précédée et accompagnée de plusieurs incommodités. Un véritable mouvement fébrile se déclare; le pouls est plus développé, inégal, rebondissant; une chaleur assez vive se fait sentir aux parties génitales qui se tuméfient, et qui, ainsi que les mamelles, deviennent douloureuses et sensibles. La jeune fille se plaint de pléthore générale, de céphalalgie, de suffocation, de coliques et autres symptômes qui annoncent une congestion vers l'utérus, tels que des douleurs aux lombes, une pesanteur aux cuisses et au-dessus du pubis. Dans quelques cas il existe une toux spasmodique, le sommeil est troublé par des palpitations et par des rêves fatigants.

A cette époque la jeune adolescente devient triste et mélancolique, s'abandonne à une rêverie dont elle ignore la cause; elle est plus susceptible, plus impressionnable, et éprouve quelquefois une grande émotion pour un très léger motif. Son caractère est plus irascible, elle a souvent des goûts bizarres, elle est sujette à des caprices; son imagination a un plus grand développement, et un instinct secret lui fait pressentir le rôle important que la nature l'appelle à remplir.

Enfin l'écoulement paraît, précédé et suivi de la sortie d'un fluide séro-muqueux; il est peu abondant, dure rarement plus de deux ou trois jours et revient d'abord à des époques irrégulières, pour se régulariser plus tard après la quatrième ou la cinquième apparition.

Chez les femmes déjà réglées, l'écoulement se fait lentement, mais sans interruption; marquant à peine le premier jour, il augmente progressivement jusqu'au troisième, époque où il diminue graduellement jusqu'au cinquième ou au sixième, plus ou moins. Alors un grand soulagement s'est fait sentir, tous les symptômes précurseurs ont disparu, il ne reste plus qu'une sorte d'abattement qui fait repousser toute espèce d'exercice; le visage conserve un air de langueur, les joues sont décolorées, les yeux sont ternes et une auréole noirâtre les entoure; les seins restent encore douloureux, l'odeur de la

transpiration et de l'haleine est plus forte, et il existe aux parties génitales une certaine chaleur, un certain prurit voluptueux qui portent les femmes à rechercher avec plus d'ardeur les plaisirs de l'amour.

Quelques-unes d'entre elles, quoique toujours soumises à une menstruation très régulière, éprouvent à chaque révolution périodique une véritable maladie. En général à l'approche des règles, elles se trouvent dans un état de souffrance et de malaise, et il en est qui sont sujettes à divers accidents, tels que des coliques violentes, des migraines, des vapeurs, des spasmes, des attaques d'hystérie, de convulsions et même d'épilepsie. Chez quelques autres les fonctions de l'estomac se dérangent, les digestions sont plus pénibles, leurs forces diminuent, la mémoire s'affaiblit; toutes sont alors plus facilement affectées par le froid et la fatigue, et comme elles se trouvent généralement plus sensibles à toutes les impressions, elles deviennent plus susceptibles, plus tristes, plus craintives, plus irascibles, et sont quelquefois sujettes à des caprices qui réclament toujours l'indulgence et la plus tendre commisération.

Le soulagement qui succède au travail de la menstruation est un indice certain de la régularité de cette fonction, qui se renouvelle ordinairement, lorsqu'elle est bien établie, par périodes fixes de vingt-huit à trente jours, et semble en cela correspondre chez plusieurs femmes aux phases de la lune. Cette

opinion qui est répandue dans le vulgaire, a été transformée en proverbe par les poètes.

« *Luna vetus vetulas, juvenes nova luna repurgat.*
« L'inconstante Phébé lui marquant ses retours,
« Dans les fastes des mois lui fait suivre son cours. »

Au lieu d'être en rapport avec les mois lunaires, *Haller* et quelques auteurs pensent que la menstruation suit les mois solaires. *Gall,* sans admettre une influence sidérale, croit que c'est en géneral aux mêmes époques que cet écoulement a lieu et qu'il est certaines semaines du mois où les femmes ne sont jamais réglées. Il divise les époques menstruelles en deux classes; la première comprend les huit premiers jours de la première et de la deuxième quinzaine, c'est-à-dire la première et la troisième semaine. S'il y a des femmes qui, pour des causes accidentelles, sont réglées pendant la seconde ou la quatrième semaine, le même auteur prétend qu'après quelques mois, elles rentrent dans la classe ordinaire ; du reste, le docteur *Gall* ne peut donner aucune explication sur la cause de cette menstruation générale à deux époques différentes. On rencontre beaucoup de femmes, d'ailleurs bien portantes, chez lesquelles l'époque périodique anticipe sur les mois lunaires ; ainsi certaines femmes nerveuses, surtout celles qui sont d'un tempérament érotique, sont souvent réglées tous les quinze jours, tandis que quelques autres dans des conditions op-

posées, ne voient venir leurs époques périodiques que toutes les six semaines, et même tous les deux mois. L'immortel *Linnée* dit avoir vu en Laponie des femmes qui n'étaient réglées qu'une fois par an. Dans son traité sur les maladies de l'utérus, le docteur *Pauly* rapporte que M. *Lisfranc* a rencontré des femmes qui n'étaient réglées que tous les cinq ou six mois, tous les trois, quatre et même six ans. Tantôt elles étaient habituellement souffrantes, tantôt elles jouissaient d'une santé parfaite ; dans le premier cas, les indications doivent être les mêmes que pour les personnes qui ne sont jamais réglées ; nous reviendrons sur ce sujet en parlant des dérangements de la menstruation.

Madame la duchesse D'****, aussi distinguée par son esprit que par son admirable talent littéraire nous a affirmé qu'ayant cessé de *voir* à 35 ans, elle croyait être arrivée à son âge critique, d'autant plus qu'elle avait été nubile de très bonne heure, lorsque vers l'âge de 45 ans, c'est-à-dire après dix ans de cessation menstruelle, elle fut de nouveau réglée. Depuis cette époque, madame la duchesse D'****, âgée aujourd'hui de 53 ans, est soumise à une hémorrhagie périodique aussi régulière que pendant sa jeunesse.

On a attribué la révolution menstruelle à une foule de causes. *Aristote*, *Mead*, *Werlhoff*, *Vanhelmont*, *Roussel* et quelques autres l'ont regardée

comme étant le résultat d'une influence lunaire; *Pline* pensait qu'elle était l'excrétion d'une substance nuisible; *Galien*, *Astruc*, *Simsom*, *Lobstein*, ne voyaient dans cet écoulement que l'expulsion d'une quantité surabondante de sang. *Frédéric Hoffmann* regarde le flux menstruel comme étant le résultat d'une action mécanique. Il dit que les femmes engendrent plus de sang qu'il ne leur en faut, à cause de la lenteur de leur circulation et du peu d'abondance de leur transpiration; alors naissent des congestions dans les veines et des spasmes à la circonférence du corps. Le sang, ne pouvant être reçu dans les autres vaisseaux qui sont spasmodiquement resserrés, s'échappe dans la matrice dont la structure particulière se prête à cette congestion. M. *Osiander* et quelques médecins allemands pensent que la menstruation n'a lieu que parce que le sang de la matrice contient trop de carbone et d'azote. *Paracelse*, *Silvius*, *de Graff*, ont supposé qu'elle était le produit d'un principe fermentatif. *Clifton* a prétendu qu'elle avait pour cause la faiblesse relative des parois veineuses et l'effort perpendiculaire du sang. *Emett* la regardait comme étant la conséquence d'une érection; *Lecat* la qualifiait de phlogose amoureuse; *Stall* et M. le professeur *Dugès* pensent qu'elle a lieu sous l'influence d'un *irritamentum*, d'un *molimen* particulier; enfin la position de l'utérus et certaines dispositions des vaisseaux de cet organe ont

été également regardées comme étant les causes de l'écoulement menstruel.

L'immortel *Bichat* dit dans son *Anatomie générale* que le sang qui coule de la menstruation est de même nature que celui qui est versé dans les autres hémorrhagies actives. Il vient principalement de l'utérus et sort des vaisseaux capillaires de sa membrane muqueuse, où un état d'irritation vive l'appelle, le conduit dans des voies insolites, et le pousse ensuite au dehors par une exhalation.

Dans ses recherches anatomiques sur la position des glandes et sur leur action, *Théophile de Bordeu* a émis presque la même opinion : « La matrice et le » vagin font une excrétion de sang aussi pur, pour » l'ordinaire, que celui qui coule dans les vaisseaux. » Cette excrétion vient tous les mois ou environ; elle » commence vers l'âge de douze ou quinze ans, elle » finit vers celui de quarante ou cinquante, et elle » est suspendue ordinairement dans l'allaitement et » dans certaines maladies qui occasionnent aussi des » pertes tant rouges que blanches, etc. L'excrétion » de la matrice se fait comme celle de toutes les glan- » des que nous avons appelées actives; l'organe se » *réveille* (erigitur), et par les replis qu'il fait sur » lui-même, *il appelle* le sang et il le *rejette* au de- » hors par le même mécanisme que nous avons ex- » posé ailleurs... Chaque organe agissant à son tour, » celui de la matrice ne vient que de mois en mois;

» pourquoi? C'est ce que nous ignorons, c'est ce » qu'il s'agit de chercher. »

Les règles sont ordinairement pour les femmes l'aurore et les compagnes de la puberté. En effet, quoiqu'il y ait des exemples d'écoulement sanguin par la vulve chez des enfants de deux à six ans, ou chez des femmes parvenues à un âge très avancé, la véritable menstruation ne commence qu'à l'époque où la jeune fille peut devenir mère, et cesse lorsque la femme perd, avec ses charmes, le privilége de concevoir (1). Ce moment de la mort du sexe arrive ordinairement entre la quarantième et la cinquantième années, plus ou moins.

La menstruation est donc une fonction physiologique qui caractérise la période où la femme jouit de la faculté reproductive. Depuis la première apparition de ses règles jusqu'à leur cessation déterminée par l'âge, sa santé, sa fraîcheur et sa beauté dépendent du retour régulier de cet écoulement sanguin (2). Celles qui n'éprouvent pas la révolution

(1) Le professeur *Osiander* de Gœttingen a noté que sur 157 femmes, 9 ont été réglées à 12 ans, 8 à 13, 21 à 14, 32 à 15, 24 à 16, 11 à 17, 18 à 18, 10 à 19, 8 à 20, une à 21 ; et une autre à 24. On voit par cette espèce de statistique de la menstruation, que la moyenne de l'âge vers lequel cet écoulement a lieu, se trouve entre quinze et seize ans.

(2) Nous connaissons une dame de trente ans qui n'a jamais été réglée, et qui cependant jouit d'une santé parfaite. Nous devons ajouter qu'elle n'a pas eu d'enfants, quoique depuis l'âge de 18 ans, elle soit mariée à un homme jeune et

menstruelle sont rarement fécondes, et sa suppression brusque pendant la jeunesse et la santé est un des signes les moins mensongers de la conception.

Lorsque le flux périodique trouve des obstacles, lorsque la nature fait des efforts impuissants, toutes les forces de la vie diminuent ou se pervertissent, et bientôt le trouble des fonctions jette un voile de souffrance sur l'éclat de la jeunesse. Souvent une foule de symptômes aggravent cet état de morne langueur; la respiration devient difficile, la circulation est languissante, les goûts et les appétits sont pervertis, dépravés, les pieds et les jambes se tuméfient, les paupières se gonflent, le visage est bouffi et prend une teinte jaune, verte ou blanc mat; enfin des palpitations douloureuses, des syncopes fréquentes, une anxiété de l'âme, un trouble, une faiblesse des sens, une certaine paresse et une pesanteur qui rendent

vigoureux. La sœur de cette dame est également mariée et non réglée, mais elle a eu un enfant bien portant. Les annales de la science nous présentent plusieurs observations de ce genre. *Rondellet*, chancelier de la Faculté de Montpellier, parle d'une femme qui eut douze enfants, et *Joubert*, son élève et son successeur, cite une dame qui accoucha dix-huit fois, quoique l'une et l'autre n'eussent jamais été réglées. *Zacchias* et *Fodéré* ont rapporté aussi des observations du même genre. Nous ajouterons encore que l'écoulement périodique fournit une foule d'exemples d'anomalies et de déviations ; mais toutes ces irrégularités et ces aberrations menstruelles n'infirment nullement la règle générale, car étant presque toujours l'effet d'une lésion de l'utérus, elles constituent ainsi une véritable maladie.

tous les mouvements pénibles, viennent encore obscurcir ce triste et affligeant tableau.

Pendant toute la période qui assujettit les femmes aux révolutions menstruelles, elles sont exposées à un grand nombre de maladies, qui pour la plupart leur étaient inconnues avant leur puberté, parce qu'elles prennent leur source dans l'irrégularité de la menstruation ou dans les réactions sympathiques de la matrice. Parmi les affections de ce genre, nous rangeons, sans y comprendre celles qui ont lieu pendant la grossesse et ses suites, l'hystérie, la catalepsie, les convulsions, les maladies spasmodiques, la cardialgie, la dyspnée, la chlorose, la leucorrhée, auxquelles on peut joindre encore la phthisie pulmonaire et plusieurs hémorrhagies telles que l'épistaxis, l'hémoptisie, l'hématémèse et plusieurs fièvres qu'il serait trop long de rappeler ici.

La nature et les propriétés du sang des règles ont été depuis la plus haute antiquité l'objet d'une foule de préjugés populaires et d'erreurs scientifiques dont on conçoit à peine l'absurdité. Ce sang, suivant *Aristote*, est aussi pur que celui d'une plaie. *Hippocrate* le compare à celui d'une victime qu'on égorge. *Sanguis autem....sicut à victimâ, si sana fuerit mulier.* *Pline*, en parlant du sang menstruel, dit au contraire que c'est un poison funeste, qu'il corrompt et fait tourner les vins, qu'il enlève aux graines leur fécondité, qu'il fait mourir les insectes, qu'il flétrit les

fleurs et les gazons dans les jardins, qu'il fait tomber les fruits des arbres, etc. *Nihil facile reperiatur mulierum profluvio magis monstrificum. Acescunt superventu musta, sterilescunt tactæ fruges, moriuntur insita, exuruntur hortorum germina, et fructus arborum, quibus insedere decidunt.* (Liv. VII. cap. 15).

Le législateur hébreu va plus loin lorsqu'il dit : *Si un homme approche d'une femme pendant le flux menstruel...., qu'ils soient tous deux mis à mort au milieu du peuple.* « *Qui coïerit cum muliere in fluxu* « *menstruo et revelaverit turpitudinem ejus, ipsa-* « *que aperuerit fontem sanguinis sui, interficientur* « *ambo de medio populi sui* ». (Le Lévitique, chap. XX. v. 18).

Un grand nombre d'auteurs, entr'autres *Columelle* (1), dont l'éloquence et le style se ressentent si bien du siècle d'*Auguste*, *Graff* (2), *Verheyen* (3), les Arabes et même quelques modernes ont attribué des qualités dangereuses au sang menstruel. En parcourant l'histoire de plusieurs peuples, sauvages ou civilisés, on voit que la plupart d'entr'eux ont partagé les mêmes préjugés, et ont établi des usages aussi barbares qu'injurieux pour les femmes. Dans le moment où elles devaient inspirer le plus d'inté-

(1) De Re rustica.
(2) Mulierum organ. gener.
(3) Vera hist. de horrend. sang.

rêt, au lieu de les protéger et de les secourir, on les forçait de se séquestrer de la société et de se soumettre à des précautions les plus humiliantes (1). Il semble, dit *Roussel* (2), que les hommes, plus libres dans cette crise passagère où les charmes de la femme sont obscurcies d'un léger nuage, aient voulu profiter de l'interrègne qu'elle leur laissait, pour se révolter et outrager ce qu'ils sont forcés d'adorer dans d'autres temps.

L'opinion d'Hippocrate sur l'identité du sang des règles avec celui qui résulte des autres hémorrhagies ne trouve aujourd'hui presque plus d'antagonistes, et quoiqu'il existe encore, surtout dans le peuple, des préjugés sur les qualités malfaisantes du fluide menstruel, la plupart des médecins modernes pensent que, du moins chez les femmes saines, il est aussi pur que celui qui est fourni par les autres hémorrhagies. S'il change d'odeur et de nature en passant à travers le canal vulvo-utérin, c'est parce qu'il s'est altéré en y séjournant. Cette espèce de

(1) M. *Moreau* de la Sarthe dit aussi dans le second volume, page 261, de son histoire naturelle de la femme, que les nègres, les insulaires, de la mer du Sud et les naturels de l'Amérique, rélèguent leurs femmes dans des cabanes particulières et les tiennent dans un isolement absolu pendant tout le tems de la menstruation. Les Illinois punissent de mort les femmes qui n'avertissent point de leur indisposition périodique. Enfin l'histoire nous apprend qu'un concile de Nicée défendait aux chrétiennes d'entrer dans les églises pendant l'époque de leurs règles.

(2) Système physique et moral de la femme.

décomposition du sang menstruel peut lui communiquer des propriétés plus ou moins délétères et lui faire dégager des miasmes capables de réagir sur certains liquides faciles à décomposer. Il serait à désirer que des recherches plus exactes et dirigées par un esprit exempt de prévention, vinssent non seulement éclaircir une question qui a été déjà si souvent débattue, mais encore à détruire des opinions préjudiciables à un sexe dont nous devons tâcher d'améliorer la condition et le bien-être.

La quantité de sang qui s'écoule à chaque époque périodique varie en raison des climats. *Hippocrate* estimait à vingt onces ou deux cotyles le sang que les femmes grecques perdaient à chaque époque menstruelle. *Galien* portait cette quantité à dix-huit onces. *Haller* l'évaluait à six, huit ou douze onces pour l'Allemagne; selon *Dehaen* elle est en Angleterre de trois onces, selon *Smelie* et *Dobson*, de quatre onces selon *Pasta* de cinq onces, et d'après *Freind*, de dix onces. D'après *Gorther*, cet écoulement n'irait pas en Hollande, au-delà de six onces. *Fitz-Gerald* l'estime, pour l'Espagne, à quatorze ou quinze onces. *Astruc* dit qu'il varie en France, de huit à seize onces, et *Baudeloque*, de trois ou quatre seulement. Enfin M. *Magendie* suppose que la quantité du sang menstruel est souvent très considérable, et peut s'élever à plusieurs livres.

Linnée dit dans sa Flore de Laponie, que les fem-

mes de contrées glaciales, ainsi que les Samoièdes, n'évacuent qu'une très petite quantité de sang, et seulement en été, et que les Groënlandaises n'en perdent presque pas, à cause du froid qui empêche le développement des facultés génératrices, comme il s'oppose à la floraison des plantes. D'après ce que nous venons de dire, on voit qu'en général les règles sont plus abondantes dans les pays où elles sont plus précoces. Il y a du reste à cet égard, beaucoup de variétés selon la constitution des femmes ; ainsi les Grecques des îles de l'Archipel, plus précoces que les Italiennes, et habitant un climat plus chaud que ces dernières, ne perdent pas en général au-delà de trois onces de sang menstruel. Ce qu'il y a de certain, c'est que les femmes d'Europe qui vont habiter une zone plus chaude et qui passent aux colonies ou aux Indes, et surtout à Batavia, et à Java, périssent souvent par suites de pertes menstruelles trop abondantes, et sont également plus exposées aux avortements que sous un ciel plus tempéré.

La difficulté de recueillir le sang des règles, et les variations nombreuses que présente leur écoulement, ont dû nécessairement faire tomber les observateurs dans les dissidences que nous venons de signaler, tout jugement à cet égard ne peut être que fautif, aussi ne pourra-t-on jamais compter que sur des résultats approximatifs.

Ne voulant pas nous étendre davantage sur un su-

jet que peut-être nous avons déjà trop prolongé, nous croyons devoir nous abstenir de rapporter ici tout ce qui a été dit sur la menstruation et sur sa périodicité. Les opinions des auteurs qui ont traité cette matière sont si diverses et souvent si opposées, que nous nous contentons d'ajouter que le mécanisme de la fonction est toujours le même, soit que l'écoulement ait son siége dans le corps ou dans le col de l'utérus, dans le canal vulvo-utérin ou dans leurs annexes. La plupart des physiologistes modernes regardent l'évacuation menstruelle comme étant une hémorrhagie active et un effet d'un excitement particulier de la matrice, mais ils n'ont pas encore jusqu'à ce jour pu découvrir si le sang des menstrues était fourni par des artères du système capillaire ou par des vaisseaux du système veineux.

Le mystère de la menstruation sera toujours couvert d'un voile qu'on ne pourra jamais soulever qu'imparfaitement. C'est avec cette conviction que nous nous bornerons à dire que l'écoulement menstruel a lieu lorsque, sous l'influence d'une loi particulière de l'organisation, la matrice acquiert une exaltation des propriétés vitales propres à attirer le sang vers elle à des époques périodiques.

Nous ajouterons également que la cause de l'intermittence régulière de cet érétisme utérin est un problème physiologique qui ne sera probablement jamais résolu.

Dans quelques cas rares, les règles ne se montrent jamais, et cette absence de la menstruation peut avoir lieu sans qu'il en résulte d'accidents. Cet état, qui n'entraîne pas nécessairement la nullité de l'appétit vénérien, ni même toujours la stérilité, se remarque chez quelques femmes dont les organes sexuels sont à l'état normal, et ne présentent aucun obstacle physique ou une affection chronique, auxquels on puisse attribuer le manque de la sécrétion menstruelle qui semble inhérente à la nature de la femme parvenue à l'âge de la puberté.

La menstruation susceptible de se déranger fréquemment, peut présenter des phénomènes qui exigent des soins aussi assidus qu'intelligents. Ces altérations de l'écoulement périodique, ne sont pas, à proprement parler, des maladies, mais bien des symptômes qui résultent de la lésion des organes chargés d'accomplir la sécrétion menstruelle. Les indications à remplir dans tous les cas doivent donc varier selon l'état de ces organes ou de ceux avec lesquels ils sympathisent. Comme nous aurons à nous occuper plus tard des désordres, des irrégularités et des déviations de la menstruation, nous renvoyons nos lecteurs aux chapitres qui traiteront de la difficulté, de la suppression, de l'écoulement immodéré ou de l'hémorrhagie supplémentaire des règles, dont les noms scientifiques, sont : la *dysménorrhée*, l'*aménorrhée*, la *ménorrhagie* et la *ménoxénie*.

PHÉNOMÈNES DE LA GESTATION.

Changements physiques et moraux qui ont lieu pendant la gestation. Maladies auxquelles sont exposées les femmes enceintes à différentes époques de la grossesse.

Tous les phénomènes dont nous venons de donner une légère esquisse ne sont encore que le prélude du rôle admirable que la matrice va bientôt jouer après la conception.

Dans ce nouvel état elle semble vouloir tout absorber. C'est à cette époque seulement que commence la tâche la plus importante que la femme est appelée à remplir. Les forces vitales se concentrent sur un même organe; les efforts conservateurs sont alors moins énergiques, la réaction du corps est moins puissante, et par conséquent l'impression des agents extérieurs devient plus vive et plus redoutable.

A peine la conception s'est-elle opérée, que les facultés vitales de l'utérus acquièrent plus de vigueur et font jaillir sur tous les autres organes de l'économie des effets sympathiques les plus extraordinaires et les réactions les plus puissantes. Les relations de la matrice avec le cerveau semblent alors plus intimes, les organes de la circulation, de la digestion, de la respiration sont stimulés d'une manière insolite, et leur sympathie plus ou moins grande avec l'organe de la reproduction est annoncée par des syncopes, des convulsions, des évanouissements, la dyspnée,

les dégoûts et les appétits bizarres, les coliques d'estomac et une foule d'autres phénomènes qui sont également des symptômes de la grossesse. Alors la susceptibilité nerveuse est augmentée, les goûts et les passions sont entièrement changés, les sensations sont plus vives, les facultés intellectuelles augmentent ou diminuent sensiblement; l'imagination est plus mobile, le jugement moins sûr. On a vu des femmes devenir folles, d'autres musiciennes, poètes, et quelques-unes voleuses. Leur volonté a moins de force, leurs affections ont moins de constance; les antipathies, la colère, la cruauté même se rencontrent quelquefois chez ce sexe dont les penchants naturels et primitifs sont la douceur, la bonté, la compassion, l'attendrissement, une sensibilité exquise, un besoin pressant de soulager le malheur.

Dans son nouvel état, la matrice ayant acquis incomparablement plus de vitalité, il s'opère chez la femme enceinte un grand nombre de modifications anatomiques et physiologiques.

Les unes, constituant elles-mêmes la grossesse, doivent être respectées; mais les autres, purement sympathiques et physiologiques, sont divisées en trois classes. Nous rangeons dans la première classe celles que nous appelons *nerveuses*, savoir : les vomissements, les syncopes, les goûts dépravés, les nausées, l'anorexie, les insomnies, les maux de dents, le ptyalisme, la céphalalgie, les palpitations, les

tintements d'oreilles, la surdité, la mastodymie, la toux, la dyspnée, les douleurs dans les membres et dans les aines, les cardialgies, les diarrhées, la constipation, les coliques nerveuses.

Celles de la seconde classe, que nous désignons par l'épithète de *pléthoriques*, se font remarquer dans le second temps de la gestation, c'est-à-dire depuis la fin du troisième jusqu'au cinquième mois. Parmi celles-ci on doit ranger les hémorrhagies de la matrice, les saignements du nez, les hémorrhoïdes, quelquefois les varices et l'œdème des membres inférieurs, l'hémoptysie, la toux, la dyspnée et enfin les avortements.

Les modifications de la troisième classe que nous nommons *mécaniques* sont observées à la fin de la grossesse ; au nombre de ces dernières nous plaçons : l'antéversion et la rétroversion de l'utérus, sa hernie, son prolapsus, son obliquité, son relâchement, auxquels il faut ajouter *les faux germes*, les avortements, les coliques, la dysurie, la constipation, la dyspnée, les varices, les hémorrhoïdes et l'œdème aux jambes, enfin une foule d'autres maladies sympathiques qu'on ne peut et qu'on ne doit traiter, mais dont il faut par des moyens rationnels, pallier les symptômes trop violents, au risque de les voir se renouveller à chaque instant.

Après avoir été pendant neuf mois en proie à toutes les incommodités de la grossesse, la femme arrive

enfin au terme de l'accouchement ; l'expulsion du fœtus et du placenta a lieu au milieu des plus vives douleurs. C'est alors seulement que cessent toutes communications immédiates entre la mère et son enfant ; la matrice se resserre, les parois du ventre reviennent sur elles-mêmes, les seins se gonflent, le lait se sécrète, et enfin tous les organes reprennent progressivement leur état naturel.

Les maladies qui attaquent les femmes en couche sont nombreuses, les unes sont chirurgicales et les autres sont médicales. Parmi les premières se trouvent : le déchirement de l'utérus et du périnée, les contusions du vagin et de la vulve, la chute du rectum, les fistules vésico et recto-vaginales, le renversement de la matrice et quelques autres lésions physiques qui exigent des moyens chirurgicaux que nous ferons connaître plus tard.

Parmi les secondes, qui sont des lésions vitales du domaine de la médecine proprement dite, on remarque : la métrite aiguë, la péritonite puerpérale, la suppression ou le flux immodéré des lochies, la fièvre et les exubérances de lait, les inflammations des mamelles, la dysurie, la strangurie, l'ischurie, l'engorgement puerpéral des membres abdominaux, enfin les différentes hémorrhagies qui ont lieu avant, pendant et après l'accouchement.

Quoiqu'il soit difficile d'indiquer un traitement général à toutes ces maladies aussi variées qu'elles

sont nombreuses, il est facile d'observer que la plupart d'entr'elles revêtent un caractère inflammatoire, dépendant probablement de la pléthore nouvelle qui résulte de la moins grande étendue du cercle circulatoire depuis l'accouchement.

D'après cette hypothèse, ne pourrait-on pas dire que le traitement le plus rationel qui conviendra généralement dans presque tous les cas, serait un traitement antiphlogistique, modifié suivant les circonstances, les forces des malades, et les pertes qu'elles auraient faites ?

Lorsque le vœu de la nature est rempli, dit *Roussel*, elle semble négliger les moyens par lesquels elle est parvenue à son but; la femme perd peu à peu de son éclat; cette fleur délicate de tempérament qui ne marche qu'avec la première jeunesse, disparaît comme la rosée du matin. La force expansive dont les organes tiraient leur coloris et leurs formes séduisantes diminue, se ralentit; et une flaccidité désagréable succéderait à la souplesse et à la fermeté élastique dont ils étaient doués, si cet embonpoint qu'amène ordinairement l'âge adulte ne les soutenait et n'en imposait par un certain air de fraîcheur.

Ce changement du physique de la femme n'a pas toujours lieu aussi brusquement : souvent l'union conjugale et les plaisirs de l'amour, impriment à son organisation un ébranlement favorable au développement de la beauté. Cependant la fréquence des

spasmes érotiques, la conception, la grossesse, et l'allaitement qui sont les suites du mariage, diminuent chez la plupart d'entr'elles l'épanouissement extérieur et la vitalité du tissu cellulaire. Celles surtout qui sont d'une complexion amoureuse, ou qui sont douées d'une trop grande sensibilité, perdent bientôt leur fraîcheur et voient de bonne heure s'effacer les contours arrondis que conservent long-temps les personnes d'une constitution froide et difficile à émouvoir.

Sans cesser d'aimer, la femme arrive à un état plus calme et plus heureux : devenue épouse et mère, elle a d'autres devoirs à remplir; elle éprouve d'autres sentiments; ainsi la tendresse maternelle, l'amour conjugal, l'éducation de ses enfants, les soins domestiques, sont les seuls objets qui occupent sa sensibilité et qui remplissent son existence de la manière la plus douce. C'est alors qu'elle jouit du bonheur le plus pur, que donnent les affections de famille, et les qualités morales inhérentes à son sexe.

DE LA CESSATION DES RÈGLES.

Changements physiques et moraux qui s'opèrent alors chez la femme. Maladies auxquelles elle est exposée depuis l'âge de retour, jusqu'à la vieillesse la plus avancée.

A peine les facultés reproductives cessent-elles d'être en activité, que les forces expansives dimi-

nuent et se rallentissent ; la femme perd graduellement son éclat et cette fleur de la vie, née de la force expansive de l'âge qui aide à la circulation du sang et des humeurs ; son teint se flétrit et se décolore, et bientôt des rides désagréables succèdent à des formes séduisantes et à la fermeté élastique de la peau. Elle ressemble alors à une reine détrônée ou plutôt à une divinité secondaire qui n'a plus d'adorateurs. Si elle a encore des courtisans, ce n'est que par le charme de son esprit et de ses talents qu'elle les fixera. Cependant il est des femmes qui conservent long-temps une partie des charmes de leur jeunesse, et qui sont douées d'un embonpoint que sans doute on ne peut comparer à la souplesse et à la fraîcheur juvéniles, quoiqu'il soutienne assez bien leurs formes et qu'il leur laisse quelquefois des attraits qui peuvent encore inspirer de l'amour.

La vieillesse, toujours plus hâtive pour la femme, ne commence pas chez elle immédiatement à l'époque où la nature la tient quitte de tout envers l'espèce. Il est encore pour elle un espace de temps, trop court sans doute, où elle intéresse par un reste d'attraits qui rappellent le souvenir de ceux qu'elle n'a plus.

Après avoir été en but à mille infirmités, à la première irruption des règles avant leur retour périodique, et leur écoulement, durant la grossesse et l'allaitement, il reste encore pour les femmes une

époque plus ou moins orageuse qu'elles regardent toujours avec effroi, parce qu'elle est accompagnée fort souvent de certaines indispositions et de quelques maladies beaucoup plus rares dans l'âge adulte.

Cette époque, une des plus cruelles pour la femme, puisqu'elle la prive de sa beauté et de ses charmes, cette époque, disons-nous, qui est appelée *âge de retour, temps critique, enfer des femmes*, s'annonce par la cessation plus ou moins subite des règles, qui a lieu dans nos climats entre quarante-cinq et cinquante ans.

De même que la première apparition du flux périodique, sa cessation varie et se trouve encore subordonnée au tempérament, à la constitution, au climat et au genre de vie. Le rapport qui existe généralement entre la première et la dernière menstruation n'a pas échappé aux yeux des médecin observateurs, et personne n'ignore que la cessations des règles est d'autant plus tardive que leur première irruption a été moins précoce. Il y a autant de variétés dans la manière dont s'opère ce phénomène que dans l'age où il se manifeste pour la première fois; cependant dans nos climats tempérés, la menstruation se prolonge en général jusqu'à l'âge de 45 à 50 ans; c'est cette durée correspondant à la fécondité de la femme, que *Rodericus à Castro*, médecin portugais, qui exerçait son art vers la fin du seizième siècle, a désignée dans son

traité *de Muliebr. Morb.*, *lib.* II, par ces deux vers latins :

« Adde decem ternis, mulierum menstrua cernis
« Ad quiquaginta durat purgatio tota.

On a cité cependant des exemples de fécondité plus tardive, par exemple, *Pline* le naturaliste, dit que *Cornélie*, de la famille des Scipions, accoucha de *Valérius Saturnius* à l'âge de 62 ans. *Valescus de Tarenta* dit, dans son cours de médecine publié en 1418, qu'il a secouru dans ses couches une femme âgée de 67 ans. L'illustre *Haller* a fait mention d'une dame encore réglée et devenue mère à 70 ans. Nous avons vu nous-même dans la petite ville de Walse département de l'Ardèche, une femme être bien réglée et accoucher à 61 ans. Nous pouvons encore ajouter qu'une de nos parentes, mère de 10 enfants, qui habitait le département de Seine-et-Oise, où elle est morte en 1832, n'a jamais cessé depuis l'âge de 18 ans, d'être sujette à un écoulement sanguin par la vulve, qui a eu lieu régulièrement tous les mois jusqu'à l'âge de 73 ans. Enfin, M. *Orfila* nous a parlé dans ses leçons orales, d'un fait encore plus extraordinaire : une femme, dit ce savant professeur, qui eut sept enfants, devint enceinte du premier à 47 ans, accoucha du dernier à 60, fut réglée jusqu'à 99 et mourut à 114.

Souvent l'écoulement menstruel se supprime subite-

ment, mais plus souvent encore il ne s'arrête que par degrés, et cette cessation successive comprend tantôt l'intervalle d'un mois, tantôt celui de six : on voit même des femmes qui ne perdent qu'au bout de deux ans les attributs de leur sexe. Si on les interroge à cet égard, la plupart d'entre elles ne répondent pas avec franchise, et cherchent à disputer le terrain à l'âge qui s'avance ; toujours elles déguisent le ravage de leurs charmes, et parlent avec inquiétude de la fin de leur printemps, lors même que leurs traits déjà flétris et leurs cheveux grisonnants annoncent le commencement de leur hiver. Délivrée de l'écoulement attaché aux fonctions importantes de l'utérus, la femme perd la faculté de concevoir et cesse d'exister pour l'espèce.

A cette époque elle quitte en quelque sorte sa constitution pour prendre celle de l'homme ; mais plus flexible dans son organisation, elle est moins exposée à la plupart des infirmités qui viennent l'assaillir, et se trouve plus apte à fournir une longue carrière. Cependant il s'opère dans tout son être des changements très remarquables, que nous distinguons comme aux autres époques de sa vie, en changements physiques et moraux.

La matrice ayant perdu les propriétés vitales qui la rendaient propre à la reproduction, cesse peu à peu de réagir sympathiquement sur toute l'économie et rentre dans les classes de tous les autres or-

ganes, d'où elle était sortie depuis la puberté. Elle acquiert alors un volume moins considérable, son tissu devient plus dense, son col s'atrophie et s'efface peu à peu, et l'ouverture du museau de tanche s'oblitère ou disparaît quelquefois entièrement. Alors toutes les fonctions s'exercent en général avec moins d'activité; le sang ne se portant plus vers l'organe gestateur, afflue plus abondamment vers les régions supérieures et occasionne des vertiges, des céphalalgies, des épitasxis, des bouffées de chaleur. Bientôt la face prend une teinte pourprée, les yeux deviennent rouges et sont injectés de sang, des vertiges, des bourdonnements dans les oreilles, viennent souvent se joindre à tous ces symptômes. Le pouls plein et rebondissant indique la pléthore, le cœur bat avec une sorte de gêne; la respiration est pénible, le sommeil troublé par des rêves effrayants ne répare pas les forces; enfin, une certaine agitation, une inquiétude dans tous les membres, annoncent une plus grande irritabilité et un anéantissement extrême; souvent les douleurs qui se font sentir dans les lombes et dans le bas-ventre, sont accompagnées de démangeaisons vives et incommodes au pourtour de la vulve et de l'anus; la peau perd rapidement son coloris et sa souplesse, elle se ride et devient terne, les cheveux tombent et blanchissent, les mamelles qui d'abord étaient devenues flasques et pendantes, finissent plus tard par s'effacer entièrement; la trans-

spiration diminue, la sécrétion de l'urine augmente, la voix s'altère et se rapproche plus de celle de l'homme, enfin toutes les formes gracieuses et mollement arrondies qui font l'apanage du beau sexe, disparaissent alors et sont remplacées par des rides.

Quelques femmes qui franchissent d'une manière heureuse l'âge de retour, celles surtout qui avant cette époque critique étaient maigres et délicates, voient souvent leur constitution changer complètement et se fortifier de telle sorte, qu'une santé parfaite et un embonpoint dont elle n'avait jamais joui, viennent, comme au printemps de la vie, redonner à leurs formes les contours moëlleux et presque le poli de la jeunesse.

A cette époque leur moral se trouve quelquefois plus affecté que leur physique; elles sont tristes, inquiètes, taciturnes.... elles regrettent des charmes qu'elles n'ont plus.... des jouissances qui sont passées... et l'avenir se présente alors à leurs yeux sous les couleurs les plus sombres. Quelques-unes d'entr'elles qui auparavant étaient bonnes, douces et patientes, sont alors méchantes, emportées, irascibles; irritées souvent sans sujet, elles deviennent injustes envers tout le monde, elles commandent avec aigreur, elles traitent avec dureté tous ceux qui les entourent. Souvent, comme à l'époque de la puberté, leur sensibilité augmente, elles sont tourmentées par des vapeurs et des accès hystériques, ou dominées quelquefois par

des souvenirs d'amour, elles cherchent par de nouvelles jouissances à éteindre l'ardeur qui les brûle. Cette renaissance des désirs, ce retour des passions donnent presque toujours lieu à des regrets amers et à des accidents formidables.

Souvent malgré la perte de tous ses avantages physiques, la femme âgée qui a de l'esprit et surtout du jugement, renonçant aux prétentions et à la coquetterie, sait, par une foule de qualités, se rendre plus digne que jamais de l'amitié et de la confiance de l'homme dont elle devient, non l'amante, mais l'amie sincère et la consolatrice. A cette époque, le plus ordinairement, son ame se perfectionne ; les passions auxquelles elle a été long-temps en but, épurent en elle le sentiment, son cœur devient plus sûr, son amitié plus constante et plus susceptible de grands sacrifices ; elle reprend avec une nouvelle existence un nouvel empire sur tout ce qui l'environne, et cet empire circonscrit jusques alors dans le cercle étroit de quelques hommes, y comprend même les femmes qui désormais cessent d'être pour elles des rivales.

Les malheureuses victimes d'une pénible virginité, celles dont l'existence a été agitée par des passions vives, par des chagrins ou par l'excès des jouissances, sont en général plus fortement et plus péniblement ébranlées à l'époque de l'âge critique que celles qui, se trouvant dans des conditions opposées, ont usé plus convenablement de la vie.

Le docteur *Moreau* de la Sarthe, cet élégant et spirituel auteur de l'histoire naturelle de la femme, dit avec raison que deux circonstances sont à remarquer dans les différences nombreuses que présente le temps critique chez les femmes où cette révolution ne se fait pas d'une manière facile et naturelle.

« La première est celle d'une suppression orageuse par suite d'un excès de forces et de vitalité de la part de l'utérus, qui renonce difficilement à ses habitudes d'exaltation, et qui dans son dernier effort, pour conserver son empire et sa prédominance d'action, bouleverse tout le système vivant et occasionne surtout des affections nerveuses et une altération profonde dans les fonctions digestives. Lorsque la cessation des règles a lieu d'une manière aussi défavorable, les femmes remarquent qu'à son approche les indispositions qu'elles éprouvent habituellement deviennent plus fréquentes et plus graves. Il y a irrégularité, désordre dans toutes leurs fonctions : le teint passe au blanc morbifique ou prend une nuance bilieuse, et des sensations éphémères de chaleur montent subitement au visage, qui se couvre d'une rougeur particulière et disposée par plaques sur un fond terne et jaunâtre. Les femmes éprouvent aussi des symptômes plus ou moins graves; un sentiment douloureux à la région des reins et de la matrice, de la tristesse et de l'accablement, des insomnies rebelles,

des rêves bizarres et fatigants, du gonflement aux articulations, etc.

L'autre circonstance est celle d'une cessation trop brusque, et tellement subite et inattendue, que les femmes la prennent pour une simple suppression. Un semblable phénomène est toujours un accident très grave, comme le sont en général les suppressions non graduées des habitudes qui exercent une grande influence sur l'organisation. Ces révolutions soudaines occasionnent ordinairement un mal-être général, à la cause duquel on est souvent loin de remonter, ou déterminent des maladies locales de l'organe affecté dont la faiblesse et la vitalité irrégulière deviennent une source d'accidents et d'infirmités. Les pertes qui surviennent dans ces circonstances sont ordinairement accompagnées, ou même précédées de douleurs vives et *pongitives* à la région de l'utérus, et suivies de tous les symptômes qu'entraîne après elle la faiblesse occasionnée par de semblables accidents. Les diversités de constitution et de tempérament acquis ou primitif, déterminent d'ailleurs des différences nombreuses dans la manière dont les femmes arrivent à la cessation des règles. »

Ce tableau des phénomenes qui accompagnent la fin de la menstruation n'est qu'une reproduction de ce qu'avait dit *Fothergill* dans le premier volume des Mémoires de la société de médecine de Londres : ce célèbre médecin anglais pense également,

et cela avec raison, que la cessation brusque des règles présente des symptômes qui peuvent devenir plus alarmants, si les femmes ont abusé antérieurement des plaisirs de l'amour, si elles ont eu peu d'enfants, si leur mariage a été stérile, et enfin, si elles ont été affectées de dartres ou de maladies syphilitiques dont le traitement a été négligé.

Un grand nombre d'affections locales et générales peuvent encore obscurcir le tableau de l'âge critique; les squirrhes, les cancers de l'utérus, du vagin, du rectum, des mamelles, des ovaires, leur hydropisie, celles des trompes, la métrite chronique, les hémorrhagies utérines, les tumeurs fibreuses et les polypes du vagin et de la matrice, les ulcérations et les catarrhes de ces organes, enfin une foule d'autres affections générales ou locales, sont souvent le triste apanage des femmes parvenues à l'âge de retour. D'après toutes les modifications et les changements divers qui ont lieu sous l'influence de la matrice, ne peut-on pas dire avec *Van Helmont* : *Propter uterum mulier est, id quod est....* et avec *Hippocrate : Propter uterum mulier tota morbus est...*

Quoique les femmes soient plutôt vieilles que les hommes, elles offrent plus d'exemples de longévité que ces derniers, si ce n'est pour les cas rares de longévité phénoménale, qui tous concernent les individus de notre sexe. Les recherches nombreuses qui ont été faites sur la mortalité des femmes, principa-

lement à l'âge critique, ont prouvé que cette période qu'elles regardent comme si dangeureuse à traverser, n'est pas plus critique, et surtout ne détermine pas plus de mortalité pour elles que pour les hommes. *Muret*, dans son travail sur la population du pays de Vaud, ne trouva pas plus critique, pour les femmes, l'âge de 40 à 50 ans, que celui de 10 à 20. M. *Benoiston de Chateauneuf* qui s'est également livré à de grandes recherches sur ce sujet, a lu en 1818, à l'Académie des sciences, un mémoire intéressant qui donne les résultats suivants :

« Du 40e degré de latitude au 60me, c'est-à-dire, sur une ligne qui s'étend de Marseille à Pétersbourg, en passant par Vevay, Paris, Berlin et Stokholm, à aucune époque de la vie des femmes, depuis trente jusqu'à soixante-dix ans, on n'aperçoit d'autre accroissement dans leur mortalité, que celui nécessairement voulu par les progrès de l'âge. A toutes les époques de la vie des hommes, depuis trente jusqu'à soixante-dix ans, on trouve une mortalité plus grande que chez les femmes, mais surtout de quarante à cinquante ans. Il résulte de ces nouvelles observations que l'âge de quarante à cinquante ans est véritablement plus critique pour les hommes que pour les femmes, et cela, quel que soit le genre de vie qu'ils embrassent, qu'ils vivent dans la société ou dans la retraite, dans les camps ou dans les cloîtres. Cependant, comme on ne peut disconvenir qu'une certaine

quantité de femmes ne meurent entre quarante et cinquante ans, des suites de la révolution qui s'opère en elles à cette époque, et que malgré cette cause de mortalité, qui n'existe point dans l'autre sexe, leur décroissement, loin d'être sensiblement augmenté, demeure toujours au-dessus de celui des hommes, quelles seraient donc pour elles la force et la durée de la vie, si la nature n'y avait attaché cette condition? »

A Paris et dans toutes les grandes villes où les causes de perturbation se pressent et se renouvellent avec plus de fréquence, les femmes usent leur jeunesse et dépensent leur vie presque sans s'en apercevoir; un grand nombre de circonstances accumulent autour d'elles tout ce qui peut hâter leur vieillesse et diminuer la durée de leur existence. Nous nous proposons de nous étendre sur ce sujet dans la partie de cet ouvrage que nous consacrerons à l'hygiène des femmes, appliquée à toutes les époques de leur vie.

Actuellement que nous avons esquissé le tableau des changements divers qui s'opèrent chez les femmes, et que nous avons indiqué les maladies particulières auxquelles elles sont principalement exposées aux différentes époques de leur existence, nous allons dire quelques mots sur l'anatomie chirurgicale, sur les variétés de conformation des organes génitaux et sur les sympathies de la matrice.

CHAPITRE II.

Des variétés de conformation, de l'anatomie chirurgicale des organes sexuels de la femme et des sympathies de la matrice.

Comme les organes génitaux externes de la femme ne présentent rien sous le rapport anatomique qui ne soit connu de tous les médecins, nous allons nous borner à signaler ici les variétés de conformation qu'ils peuvent offrir suivant l'âge, le climat, et la constitution, et nous indiquerons surtout les dispositions d'anatomie chirurgicale qu'il est important de connaître pour éclairer le diagnostic et pour simplifier certaines opérations.

Dans les régions méridionales, les organes sexuels de la femme sont en général situés un peu plus haut et plus en avant que dans les pays froids et humides; ainsi, les Écossaises, les Anglaises et les Hollandaises, ont presque toujours la vulve moins antérieure et la matrice plus basse que les Françaises du midi, les Espagnoles et les Italiennes. Ces dernières ont également les grandes lèvres plus arrondies et pourvues d'un tissu cellulaire plus abondant et plus élastique. Chez les jeunes filles, les grandes lèvres varient en ce sens qu'elles sont plus épaisses en haut qu'en bas, mais elles présentent une disposition contraire chez

les femmes qui ont eu des enfants. Dans le premier âge, ces deux replis sont moins rapprochés, quoiqu'ils soient alors proportionellement plus saillants et plus prononcés ; vers l'âge de la puberté, ils se touchent en fermant la fente vulvaire et offrent une densité plus ferme qu'à toute autre époque. Après le mariage et surtout après l'accouchement, les grandes lèvres deviennent molles et procidentes, et perdent bientôt leur forme primitive et leur régularité. La muqueuse tapissant leur face interne qui chez les vierges, est d'un rouge vif, prend avec l'âge une teinte brune et violacée qui est d'autant plus sensible que les femmes ont usé plus fréquemment du coït, et ont eu un plus grand nombre d'accouchements.

A la naissance, les petites lèvres dépassent en général le niveau des grandes lèvres, mais chez les jeunes vierges elles sont cachées par ces dernières pour devenir de nouveau très-saillantes chez les femmes qui ont eu des enfants; d'abord, fermes, érectiles et d'une couleur rosée, elles se flétrissent, et comme la muqueuse des grandes lèvres, elles deviennent molles, brunes ou violacées, et présentent encore plus que ces dernières, une infinité de variétés qui diffèrent également selon les races et les climats. Ainsi, chez les femmes Turques et les Persanes, les nymphes sont naturellement beaucoup plus saillantes que dans nos régions européennes, et chez quelques-unes elles acquièrent un si grand développement

qu'elles gênent le coït et constituent une infirmité si dégoûtante, que dans certains cas on est obligé d'en faire l'excision. *Then-Rhine*, *Tackard*, *Sparman*, *Bancks*, *Péron*, *Lesueur* et presque tous les naturalistes ont parlé d'un prolongement très considérable des petites lèvres, qui est connu sous le nom de *tablier des Hottentotes*, et qui semble être une conformation naturelle à certaines peuplades africaines, appelées *Bogismans*. *Levaillant* dit que cette hideuse conformation, que cette sorte de *tablier* charnu des Hottentotes, n'est pas une prolongation des nymphes, mais bien des grandes lèvres qui, selon lui, peuvent présenter jusqu'à huit ou neuf pouces de longueur.

Les usages des petites lèvres sont peu connus ; les anciens leur avaient donné le nom de *nymphes*, par allusion à celles de la fable qui présidaient à l'écoulement des eaux. La plupart des accoucheurs pensent que comme les grandes lèvres elles ont pour usage en se déplissant de favoriser l'ampliation de la vulve. Enfin, on a dit que, douées d'une grande sensibilité, elles contribuent à augmenter les jouissances vénériennes. Le savant académicien, M. *Serres*, suppose que pendant la copulation, les petites lèvres sont refoulées dans le vagin, et que leur extrémité qui s'insère sur le clitoris se trouve attirée en avant et en bas, de manière à appliquer cet organe sur le dos de la verge ; d'où il résul-

te pour la femme des sensations beaucoup plus vives.

Comme les autres parties des organes génitaux externes, le clitoris offre des variétés de développement qu'il est important de signaler. Cette sorte de tubercule d'une sensibilité exquise, qu'on a comparé à la luette, et qui ressemble en petit au pénis de l'homme, présente à la naissance des dimensions à proportion plus considérables qu'à toute autre époque de la vie. Bientôt il cesse de croître et n'offre le plus souvent à la puberté qu'une longueur de quatre à cinq lignes, quoique chez certaines femmes il parvienne quelquefois à un développement de un à six pouces, ce qui lui donne l'apparence d'un membre viril ordinaire. Cette disposition, qui a souvent fait naître des questions relatives à l'hermaphrodisme, se remarque chez des femmes qui ordinairement présentent des traits masculins et un caractère qui les portent à préférer les occupations et les travaux qui sont dévolus aux hommes. Les personnes qui présentent une semblable anomalie du clitoris, ont en général les seins petits et presque atrophiés; chez elles, les systèmes pileux et musculaire sont au contraire bien développés ; leur lèvre supérieure et leur menton sont barbus, leur taille est élevée : enfin elles semblent n'appartenir à aucun sexe, et abusant presque toujours de leur conformation, elles aiment à se procurer des jouissances illicites avec d'autres femmes.

Si, comme on le croit généralement, la fréquence de la conception est en raison directe des jouissances éprouvées pendant l'approche sexuelle, il est important dans les opérations chirurgicales, de respecter le plus possible le clitoris et les nymphes qui, par leur sensibilité exquise, semblent être le principal siége de la volupté.

Sous le rapport de l'anatomie chirurgicale, le vestibule n'offre rien d'intéressant, si ce n'est qu'il est le point par lequel *Celse* et M. *Lisfranc* ont conseillé de pénétrer dans la vessie pour l'extraction de la pierre chez la femme.

Le canal de l'urètre présente plusieurs variétés anatomiques, surtout à son orifice externe. On a vu ce canal s'ouvrir dans le vagin, dans le rectum et même sur le mont de Vénus; chez quelques femmes dont la vulve est étroite, quoique ayant usé du coït, l'orifice de l'urètre est plus ou moins refoulé, derrière la symphyse pubienne.

Dans ce cas le cathétérisme serait presque impossible si au moyen du doigt indicateur porté dans le vagin en arrière et en haut, on avait la précaution de ramener le canal en avant pour en découvrir l'orifice vulvaire.

Le périnée chez la femme, c'est-à-dire l'espace qui sépare l'anus de la vulve est moins large qu'on ne le croit généralement. Lorsqu'il semble présenter un diamètre antéro-postérieur, plus grand que de cou-

tume, c'est que la partie antérieure de cette cloison inférieure du bassin se prolonge par une sorte de bride transversale, aplatie de haut en bas, légèrement concave en avant et se terminant par un rebord mince et membraneux au-dessous duquel se trouve la fosse naviculaire. Il résulte de cette disposition anatomique que plus le périnée semble large, plus l'étendue longitudinale de la vulve est petite, *et vice versa*. La cloison périnéale présente presque toujours en réalité la même étendue, et ce n'est donc que le prolongement du repli transversal de son bord antérieur qui varie et qui augmente quelquefois son diamètre antéro-postérieur. Nous avons pensé qu'il était utile de signaler cette disposition anatomique, pour prouver que lorsqu'il serait nécessaire dans certaines manœuvres chirurgicales, d'augmenter l'ampliation de la vulve, on pourrait sans craindre d'intéresser le périnée, proprement dit, faire la section de la bride plus ou moins large qui prolonge son bord antérieur.

DU VAGIN ET DE SES VARIÉTÉS DE CONFORMATION.

Le vagin présente également un grand nombre de variétés, qu'il est important de connaître. Chez les vierges, il est ordinairement fermé à sa partie postérieure par la membrane de l'hymen dont l'épaisseur peu considérable peut cependant, dans certains cas rares, être portée à plusieurs lignes. Cette mem-

brane forme dans l'enfance un repli semi-lunaire, et ce n'est qu'à l'âge de la puberté que selon *Ruisch et Meckel* il prend quelquefois une forme circulaire. Le premier de ces anatomistes, et quelques auteurs modernes, entre autres M. *Lisfranc*, ont cité des observations qui prouvent que l'hymen peut être double.

Ce repli, qu'on regarde avec raison comme un des meilleurs indices de la virginité, existe quelquefois chez des jeunes personnes déflorées en résistant par son épaisseur ou son élasticité aux efforts de la copulation. Les exemples de ce genre sont des exceptions très-rares, car dans l'immense majorité des cas, l'hymen se déchire à la première approche sexuelle, et les lambeaux qui en résultent forment alors les petites éminences charnues appelées caroncules myrtiformes, qu'il faut bien prendre garde de confondre avec des végétations vénériennes. Quoiqu'on attache une grande importance morale à la présence de l'hymen, il est des cas où le chirurgien doit sacrifier cette membrane, au moyen d'une opération que nous ferons connaître en parlant des indications où elle devient indispensable.

L'orifice vulvaire du vagin, qui est très-dilatable chez les jeunes filles pubères, l'est beaucoup moins chez les femmes adultes qui ont eu des enfants, et sa dilatation est presque nulle chez les femmes parvenues à l'âge critique et surtout chez celles qui l'ont passé

depuis long-temps. Les organes sexuels n'ayant à cette époque aucune fonction à remplir, s'atrophient rapidement; le vagin se rétrécit, sa muqueuse qui dans la jeunesse était molle et plissée devient alors unie, blanchâtre et polie; l'orifice vaginal, au lieu de former un anneau souple et facilement dilatable, devient dur et résistant, et souvent se trouve si rétréci, qu'il permet à peine l'introduction du doigt auriculaire.

Au lieu de former un canal cylindroïde, comme le disent presque tous les anatomistes, le vagin offre dans son tiers supérieur une dilatation qui permet que dans le toucher on peut vers ce point en refouler largement les parois et porter le doigt explorateur jusque sur le corps de l'utérus. C'est la connaissance que nous avions depuis long-temps de la grande extensibilité du vagin vers son extrémité utérine qui nous a fait naître l'idée de notre spéculum brisé et de notre procédé opératoire pour l'amputation du col de l'utérus. Cette région supérieure du vagin se trouve en arrière et sur les côtés en rapport direct avec le péritoine, de sorte que si, vers ce point l'on perforait postérieurement et latéralement les parois vaginales on pénétrerait infailliblement dans la cavité abdominale, de même qu'on arriverait dans le bas-fond de la vessie, si la perforation était faite en avant et en haut.

Au lieu de s'insérer sur le col de la matrice, hori-

zontalement et comme un anneau, ainsi que le disent tous les anatomistes, l'extrémité supérieure du canal vulvo-utérin vient se fixer obliquement d'arrière en avant sur cette partie saillante et inférieure de l'organe gestateur, c'est-à-dire que la paroi antérieure est plus rapprochée du museau de tanche et la postérieure plus éloignée de cette ouverture. Cette disposition qu'il est extrêmement important de connaître lorsqu'on pratique l'excision du col utérin, laisse entre ce dernier et la paroi vaginale un espace plus considérable en arrière qu'en avant. M. *Lisfranc* a trouvé sur plus de cent sujets que la largeur de l'insertion du vagin est bien plus étendue qu'on ne le croit généralement, et qu'elle peut varier de six à quinze lignes. Selon cet habile chirurgien, la moindre distance de la partie inférieure du col au péritoine, est de neuf lignes en avant et de dix en arrière. Cette découverte a souvent permis à M. *Lisfranc* de couper six à huit lignes du col de la matrice, en laissant cependant à cette partie de l'organe assez d'insertion pour soutenir le poids des viscères. On concevra facilement les avantages qui doivent résulter des dispositions anatomiques que nous venons de signaler, et l'on pourra apprécier l'importance qu'il y a d'en avoir une connaissance exacte lorsqu'on aura à pratiquer certaines opérations sur le col de l'utérus.

Nous ajouterons encore que le canal vulvo-utérin

est dans sa région inférieure un peu déprimé, d'avant en arrière et légèrement recourbé du côté du pubis. Ses deux extrémités sont coupées obliquement de manière que sa paroi antérieure est moins longue que la postérieure. Le vagin est surtout remarquable par la propriété qu'il a de se dilater et d'acquérir rapidement ou insensiblement des dimensions très-considérables dans tous les sens. On voit fréquemment des tumeurs se développer dans son intérieur et le distendre plus ou moins, soit dans son diamètre longitudinal, soit dans son diamètre transversal; ainsi des polypes fibreux, carcinomateux, des lypomes, des stéatomes, des phlegmons, etc., sont souvent cause que les parois vaginales acquièrent progressivement dans tous les sens une dilatation énorme; dans ce cas comme après l'accouchement, elles reviennent peu à peu sur elles-mêmes et reprennent à peu près leur état naturel, lorsqu'elles sont débarrassées des causes qui ont produit leur dilatation anormale.

Nous terminerons en disant que souvent il se forme dans le vagin des brides membraneuses circulaires ou latérales qui peuvent dans certains cas s'opposer au toucher et à la vue du col de la matrice. Le docteur *Pauly*, dans son traité sur les maladies de l'utérus, rapporte, d'après M. *Lisfranc*, deux cas où ce savant praticien a rencontré une de ces membranes circulaires, coupant le vagin comme un diaphragme percé au centre d'une ouverture de deux à trois li-

gnes de diamètre et situé à près d'un pouce au-dessous du col de l'utérus. Cet organe était malade, et cet état maladif se traduisait au dehors par des symptômes communs à toutes les affections et par un écoulement leucorrhoïque assez abondant. Dans l'impossibilité de le voir comme de l'atteindre, à tout hasard, M. *Lisfranc* cautérisa le col à travers cette petite ouverture, et il eut le bonheur de rendre la malade à la santé.

DE LA MATRICE, DE SES RAPPORTS CHIRURGICAUX ET DE SES VARIÉTÉS DE SITUATION.

La matrice, destinée à loger le fœtus depuis la conception jusqu'à l'accouchement, est un organe creux et symétrique, ayant la figure d'une poire ou d'un conoïde tronqué, placé dans l'excavation pelvienne au-dessous des circonvolutions de l'intestin grêle, derrière la vessie, devant le rectum, et se continuant en bas avec le vagin qui va s'insérer obliquement et d'arrière en avant sur sa pointe ou portion rétrécie et alongée à laquelle les anatomistes ont donné le nom de col pour la distinguer du reste de l'organe qu'on nomme corps.

La surface antérieure de la matrice est légèrement convexe; le péritoine la couvre seulement dans sa moitié supérieure, tandis que le reste de son étendue se trouve en contact avec le bas-fond de la vessie. La

surface postérieure de cet organe, beaucoup plus convexe que l'antérieure, est entièrement recouverte par le péritoine et paraît n'être séparé du rectum que par un petit espace dans lequel les intestins peuvent s'étrangler.

La surface externe de l'organe gestateur présente trois bords et trois angles : le bord supérieur, qui est convexe et lisse, correspond au fond ; les deux autres, latéraux, convexes dans leur moitié supérieure, et concaves, dans celle qui est opposée, se perdent dans les ligaments larges: les angles supérieurs de l'utérus sont situés sur les côtés et conjointement avec les bords qu'ils réunissent donnent naissance aux trompes, aux ligaments de l'ovaire et aux cordons sus-pubiens. Le troisième angle ou l'angle inférieur qu'il est le plus important de bien connaître, formant le museau de tanche ou extrémité libre du col, sera décrit quand nous parlerons de cette partie de la matrice.

La cavité de ce viscère qui est de forme triangulaire est tapissée par une membrane que nous appelons muqueuse, quoique manquant d'*epithelium*, puisque comme toutes les membranes de cette espèce elle fournit du mucus dans l'état sain et des mucosités purulentes dans l'état pathologique. Les parois internes de l'utérus sont très rapprochées et présentent sur la ligne médiane, en avant et en arrière, une sorte de raphée qui en parcourt toute la longueur et sur lequel viennent aboutir d'autres lignes obli-

ques et transversales. Les côtés ainsi que le fond de la matrice sont presque droits ou légèrement convexes chez les vierges, tandis qu'ils sont assez fortement concaves chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants. Les deux angles supérieurs internes se continuent avec l'origine des trompes et sont souvent plus ou moins dilatés en forme d'entonnoir. L'angle inférieur, à la base duquel se trouve l'orifice supérieur et interne du col sera bientôt décrit en parlant du col de l'utérus.

Chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, la matrice mesurée depuis la partie la plus saillante de son fond jusqu'au sommet de la lèvre antérieure de son col, nous a présenté sur le plus grand nombre des sujets à peu près vingt-six à vingt-huit lignes; d'avant en arrière, dans l'endroit le plus épais, de neuf à onze lignes, et dans le diamètre horizontal de sa région supérieure, de vingt-trois à vingt-quatre lignes; mais nous devons faire observer qu'il faut augmenter tous ces diamètres d'une ligne ou deux et souvent davantage, chez les femmes qui ont eu plusieurs grossesses.

N'étant retenue dans le bassin que par des ligaments assez lâches, la matrice se déplace facilement sans cesser d'être à l'état physiologique, c'est-à-dire d'exécuter toutes ses fonctions. Tous ces déplacements utérins dont nous aurons bientôt à nous occuper, peuvent avoir lieu en bas, en haut, à droite,

à gauche, en avant et en arrière. M. *Lisfranc* fait observer avec raison qu'ils ne sont le plus souvent que les résultats de l'engorgement de l'organe gestateur, dont le poids se trouvant alors augmenté, fait céder les ligaments et change ainsi la position normale.

La hauteur de l'utérus dans le bassin, peut varier selon la stature des femmes, le climat qu'elles habitent et leur constitution particulière. Ainsi, chez les femmes d'une taille élevée, chez celles des pays chauds, surtout chez les vierges, la matrice est plus élevée que chez les femmes des régions humides et froides et chez celles qui ont eu des enfants ou qui s'éloignent des conditions physiques que nous venons de signaler. Chez quelques sujets l'utérus est naturellement bas sans qu'on puisse en trouver la cause; souvent aussi il est maintenu très haut, soit par son trop grand volume, d'où résulte une sorte d'enclavement, soit par la présence de tumeurs volumineuses dans le bassin, et même de matières fécales, dures et amoncelées dans le rectum. Cette dernière circonstance agit quelquefois en sens contraire, c'est-à-dire que les excréments tiennent l'organe gestateur abaissé lorsqu'ils se sont accumulés au-dessus de lui.

Comme sous le rapport de l'anatomie chirurgicale, les ovaires et les ligaments de la matrice ne présentent rien de particulier, nous allons parler du col utérin et de ses rapports peu connus avec le péritoine, et le vagin, enfin de toutes les dispositions

anatomiques sur lesquelles sont basées la plupart des opérations que nous décrirons dans cet ouvrage.

VARIÉTÉS DE CONFORMATION ET RAPPORTS CHIRURGICAUX DU COL DE L'UTÉRUS.

Cette partie rétrécie qui forme l'angle inférieur, c'est-à-dire le col de la matrice, est extrêmement variable sous le rapport de sa conformation et de la saillie qu'elle fait dans le vagin. La longueur de son diamètre vertical est de onze à treize lignes chez les adultes, et de huit à dix chez les femmes avancées en âge, tandis que son diamètre antéro-postérieur est de six à huit lignes, et le transversal de huit à dix. La portion du col qui proémine dans le vagin présente à son sommet une fente transversale, bornée par deux lèvres arrondies, dont l'antérieure est plus épaisse et plus longue que la postérieure, qui est plus mince et plus courte, et qui, d'après la remarque que nous en avons faite, nous a paru être plus souvent le siége des ulcérations qui paraissent primitivement sur le pourtour du museau de tanche. C'est également la lèvre postérieure qui est le plus tôt rongée par les ulcères cancéreux, probablement parce qu'elle se trouve en contact plus permanent et plus immédiat avec toutes les sécrétions de la matrice. La saillie que présentent ces deux lèvres formant le museau de tanche, est sujette à plusieurs variations; elle est en

général de quatre à cinq lignes pour la lèvre antérieure, et de trois à quatre pour la postérieure, quoiqu'il semble d'abord que ce soit le contraire lorsqu'on touche une femme avec soin, car ainsi que nous l'avons déjà dit, le vagin remonte plus haut en arrière qu'en avant. On peut vérifier l'exactitude de cette disposition anatomique, en séparant complètement sur le cadavre la matrice du vagin.

Chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, les lèvres du col utérin sont fermées, mais chez celles qui ont conçu, elles sont naturellement entrouvertes, mollasses à l'intérieur, quelquefois bosselées, plus ou moins boursoufflées, et quoique d'ailleurs parfaitement saines, elles présentent dans certains cas une teinte grisâtre, violacée, ou d'un rouge plus ou moins foncé. On comprend toute l'importance qu'il y a de ne pas confondre avec un état pathologique toutes les variétés de conformation et d'aspect que nous venons de signaler, et surtout les cicatrices dures et linéaires qui sont la suite des déchirures du col pendant l'accouchement. Nous devons noter cependant que lorsque les bords du col sont inégaux et festonnés, il ne s'ensuit pas toujours, comme on le croit généralement, qu'il y ait eu une ou plusieurs grossesses, puisque certaines maladies peuvent donner naissance à cette disposition, et que des femmes qui ont conçu plusieurs fois présentent souvent un museau de tanche dans des conditions opposées.

Dans le plus grand nombre de cas, le col de la matrice n'est pas placé perpendiculairement au centre du vagin. Si on le trouve quelquefois incliné en avant, il l'est presque toujours en arrière, surtout chez les femmes qui usent fréquemment du coït, parce que pendant la copulation, il se trouve repoussé dans ce sens par le pénis. Sans cesser d'être à l'état normal, il est plus mou et plus volumineux quelques jours avant, et pendant l'écoulement menstruel: il présente alors à peu près le développement, la consistance et la sensation qu'on lui trouve après deux mois de grossesse.

Les recherches anatomiques que nous avons faites nous ont amené à conclure que la distance du péritoine à l'extrémité du museau de tanche n'est réellement que de neuf lignes en avant, et seulement de sept à huit lignes en arrière, parce que de ce côté la membrane séreuse abdominale descend jusque dans le vagin pour former l'excavation recto-génitale. Ces mesures qui sont portées plus loin par quelques chirurgiens sont moins considérables que chez les femmes avancées en âge, parce que le corps et le col de la matrice sont pour ainsi dire atrophiés ; ce qui est sans doute chez elles une des causes de l'oblitération du museau de tanche, qui a été signalée depuis longtemps par plusieurs auteurs, entre autres MM. *Mayer de Bonn*, *Lisfranc* et *Velpeau*, et que nous regardons avec M. *Breschet*, comme une disposition physiologique.

D'après M. *Velpeau* et le docteur *Civatte* de Sisteron, les mesures que nous venons de donner seraient encore moins considérables surtout en arrière. Ce dernier praticien affirme dans sa thèse que la partie antérieure et supérieure du col touche le bas-fond de la vessie et lui est adhérente par une couche de tissu cellulaire assez lâche, qui correspond exactement au milieu d'une ligne partant de l'orifice d'un uretère à l'autre ; il ajoute qu'on se trouverait précisément dans cette couche de tissu cellulaire qui unit le bas-fond de la vessie au col de la matrice, si l'on faisait sur cet organe une section horizontale, à quatre lignes au-dessus de l'extrémité inférieure de la lèvre antérieure. Si au lieu de cette section on en faisait une autre à cinq lignes plus en avant, on dépasserait la couche de tissu cellulaire et on ouvrirait infailliblement le péritoine.

M. *Civatte* dit encore qu'en pratiquant une incision même à cinq lignes, et faite, le tranchant du bistouri dirigé en haut et en avant, on blesserait la vessie ; surtout si elle était distendue par l'urine. En arrière il existe une plus grande distance de l'extrémité inférieure de la lèvre à la fin du col chirurgical, mais ici il n'y a pas un espace celluleux comme celui qui se remarque en avant, et une section même horizontale au-dessus des limites proposées par M. *Mury*, exposerait à la lésion du péritoine; ici le rectum est uni au col par l'intermède de la partie supérieure du

vagin et par une ligne au plus du tissu cellulaire. La partie supérieure du vagin s'insère et se confond avec le col, antérieurement à quatre lignes au-dessus de l'extrémité inférieure de la lèvre, postérieurement à cinq lignes au-dessus de la même extrémité de la lèvre postérieure; les fibres longitudinales et ascendantes du vagin vont ainsi former la première couche musculeuse du col et se continuer avec les fibres longitudinales superficielles de la matrice.

Avant de terminer ce que nous avons à dire sur le col de l'utérus, nous devons ajouter que la saillie qu'il fait dans le vagin n'est pas constamment égale à celle que nous avons indiquée ci-dessus, mais qu'elle varie à l'infini. Ainsi les femmes phthisiques ont le col utérin extrêmement saillant, les jeunes filles de neuf à dix ans l'ont de même que le clitoris, proportionnellement plus proéminent que les adultes, chez lesquelles il perd souvent en longueur ce qu'il gagne en grosseur; chez les personnes avancées en âge, il disparaît au contraire presqu'entièrement, et semble presque toujours être complètement atrophié.

VICES DE CONFORMATION PRIMITIFS OU ACCIDENTELS DES ORGANES SEXUELS DE LA FEMME.

Les organes sexuels de la femme sont sujets à des vices de conformation, qui consistent principalement dans leur absence, leur occlusion, leur étroitesse, leur adhérence, leur volume, leur rapport et leur

forme. La plupart de ces lésions dépendent, soit d'un défaut, d'un arrêt ou d'une aberration de leur développement, soit d'une maladie antérieure ou postérieure à la naissance.

La science n'a pas d'exemples de l'absence complète et simultanée de tous les organes génitaux internes de la femme. Dans quelques cas rares, on n'a trouvé qu'un seul ovaire, qu'une trompe et qu'une moitié de la matrice. L'absence des ovaires a été quelquefois constatée, quoique toutes les autres parties des organes sexuels fussent dans l'état naturel.

Dans une autopsie faite avec soin, M. *Jadelot* n'a trouvé qu'un seul ovaire; plusieurs praticiens les ont vus réduits à un très petit volume, ce qui presque toujours avait entraîné la stérilité, parce que les vésicules de Graff n'avaient pu s'y développer. On a vu également les trompes contracter quelquefois des adhérences avec le péritoine, et se fermer dans quelques cas rares, du côté de l'ovaire, ou dans un autre point plus rapproché de l'utérus.

Theden, *Lieutaud*, *Bousquet*, *Engel*, le professeur *Caillot*, MM. *Renauldin*, *Breschet* et quelques autres ont rapporté des cas d'absence de la matrice, et ont trouvé que le col de ce viscère existait seul, et même qu'il était resté à l'état rudimentaire.

On a vu également l'utérus divisé en deux portions égales ou inégales, soit en totalité ou en partie à l'intérieur ou à l'extérieur, soit en dedans et en dehors

tout-à-la fois; dans ce cas il constitue ce qu'on appelle l'utérus *bicorne*, qu'on observe à l'état normal chez les quadrupèdes. Il peut être alors exactement divisé en deux organes isolés et s'ouvrant chacun dans un vagin séparé, ou bien il peut présenter un col unique, quoique le corps soit partagé en deux moitiés distinctes. Chez quelques sujets la forme extérieure de l'utérus n'est pas changée, mais sa cavité est séparée par une cloison médiane et verticale.

On a vu, très rarement à la vérité, l'organe utérin être si peu développé que ses fonctions se trouvaient tout-à-fait annulées, physiologiquement parlant. Le baron *Portal* parle dans son anatomie pathologique, de deux dames dont l'utérus était aussi petit que celui des jeunes filles de neuf ou dix ans, quoiqu'elles fussent l'une et l'autre d'un embonpoint ordinaire; chez elles le mont de Vénus n'était pas velu, et les autres parties externes de la génération n'avaient pas plus de développement que dans l'enfance. M. *Renauldin* a parlé également d'une femme dont la matrice était remplacée par un simple cordon du volume d'une plume à écrire, et M. *Pauly* cite l'observation d'une jeune personne de seize ans non réglée, et sujette depuis l'âge de neuf ans à des attaques d'hystérie, chez laquelle il dit avoir trouvé un utérus de la grosseur d'une noisette, et dont le col n'avait pas trois lignes de diamètre.

Si dans le plus grand nombre des cas, les orifices

de la matrice bilobées s'ouvrent dans le vagin simple ou double, il arrive quelquefois, comme l'ont constaté *Valisnieri*, *Saviard* et *Duverney*, que l'un d'eux, va se rendre dans le rectum, tandis que l'autre conserve sa position normale. Du reste, soit que le museau de tanche se trouve simple ou double, soit qu'il dépende d'un utérus bicorne ou normal, on l'a vu assez souvent s'ouvrir dans le rectum, dans la vessie ou l'urètre et même au-dessus du pubis.

La matrice est encore sujette à d'autres anomalies; ainsi on a trouvé souvent son col et son corps oblitérés en tout ou en partie, soit par un vice primitif d'organisation, soit accidentellement. *Bichat*, *Lallement*, *Leroux*, de Dijon, *Buisson*, *Gardien*, *M. Lisfranc* et d'autres auteurs, ont constaté comme nous l'avons fait nous-mêmes, que le col utérin pouvait acquérir une longueur et un volume considérables, et que quelquefois, au contraire, il était si petit qu'il semblait être remplacé par un petit tubercule. Sa position peut également offrir des variations et être dérangée par des adhérences contre nature, qui fixent l'une de ses faces ou l'un de ses côtés trop près de la marge du bassin.

Les vices de conformation du vagin sont aussi fréquents que ceux de la matrice; son absence a été constatée soit dans sa totalité, soit dans la moitié de sa longueur naturelle. Son orifice vulvaire est quel-

quefois bouché par une membrane qui intercepte le passage des règles à l'époque de la puberté et qui peut donner naissance aux accidents les plus graves; dans d'autres cas, il est oblitéré vers sa partie supérieure ou moyenne et ne se prolonge pas jusqu'au col de la matrice. Chez quelques sujets il s'ouvre dans le rectum ; mais ce vice de conformation qui est toujours compliqué de l'imperforation de la vulve, ne compromet point la vie des personnes qui en sont affectées, et reste presque toujours méconnu, jusqu'à ce que le sang des règles, en sortant par l'anus, vienne signaler cette anomalie des organes sexuels. Dans son Traité des accouchements, *Barbaut*, ancien chirurgien du roi au Châtelet, a publié l'histoire d'une jeune fille qui conçut par cette voie, et qui accoucha à terme sans autre accident qu'une déchirure du sphincter de l'anus.

Dans quelques cas, également très-rares, le vagin peut s'ouvrir dans la vessie, et même dans le rectum et la vessie. Cette anomalie, qui, comme la précédente, est au-dessus des ressources de l'art, ne compromet pas la vie, et, comme elle, n'est souvent constatée que lorsque à la puberté l'écoulement menstruel par le canal de l'urètre, fait soupçonner un vice primitif d'organisation, il est souvent difficile de ne pas le confondre avec l'exhalation sanguine de la membrane interne de la vessie qui a lieu quelquefois pour suppléer aux règles, lorsqu'il y a absence de la matrice.

Le vagin se trouve quelquefois partagé plus ou moins complètement par une cloison médiane et longitudinale, dirigée verticalement d'arrière en avant; mais dans ce cas, l'utérus est ordinairement bilobé. Enfin le canal vulvo-utérin, qui peut manquer tout-à-fait, est dans certains cas extrêmement étroit et court, et ces deux anomalies peuvent exister simultanément ou séparément.

Le clitoris, les grandes et les petites lèvres acquièrent quelquefois isolément ou simultanément un très grand développement, de même que ces parties des organes génitaux externes de la femme peuvent manquer tout-à-fait ou adhérer ensemble, soit dans un point, soit dans toute leur étendue.

Si l'absence de la matrice, des trompes et des ovaires (1), produit nécessairement la stérilité, l'absence du vagin, son défaut de longueur, son resserrement et son étroitesse, s'opposent à l'union des sexes. L'imperforation de l'orifice extérieur de ce canal et l'adhérence des grandes lèvres peuvent déterminer

(1) Lorsque l'absence de la matrice n'est pas accompagnée de celle des ovaires, le développement des parties sexuelles externes et celui des mamelles peut avoir lieu, et il est possible qu'il y ait des désirs vénériens, et que chaque mois voie se renouveler un état fébrile, comparable à celui qui annonce la menstruation. On a vu même, dans ce cas, s'établir une hémorrhagie régulière pour suppléer à l'écoulement normal des règles. Aucun de ces phénomènes n'aurait lieu si les ovaires manquaient en même temps que la matrice.

de graves accidents en empêchant l'écoulement des règles. La double cavité du vagin séparée par une cloison longitudinale et correspondant à un utérus bilobé et divisé en deux parties distinctes et pourvues de leurs annexes peut déterminer la superfétation, qui sans cette anomalie nous paraît difficile à expliquer.

Les adhérences du col de la matrice avec le vagin, ainsi que son occlusion, s'opposent presque toujours à la conception, de même que les adhérences des trompes et des ovaires avec le péritoine favorisent les conceptions extra-utérines, mais disposent le plus souvent à la stérilité. Enfin les ouvertures contre nature de l'organe gestateur dans le rectum, celles de ce dernier dans le vagin, et celles du vagin dans la vessie, servent à donner une explication rationnelle de certaines anomalies que présentent chez quelques femmes soit l'écoulement des règles, soit l'émission de l'urine et les déjections alvines.

Comme les vices primitifs de conformation des organes sexuels de la femme sont aussi nombreux que variés, et que d'ailleurs la plupart d'entre eux n'exposent pas la vie des personnes qui en sont affectées, nous croyons nous être assez étendu actuellement sur ce sujet, d'autant plus que bientôt, dans le cours de ce traité, nous aurons occasion d'en parler avec de plus longs détails et d'indiquer les moyens chirurgicaux propres à remédier à la plupart d'entr'eux.

DES SYMPATHIES DE LA MATRICE.

En physiologie et en thérapeutique, on entend par sympathies le rapport de deux ou de plusieurs organes plus ou moins éloignés qui établissent entre eux une sorte d'association, au moyen de laquelle la vitalité des uns se trouve modifiée par l'état morbide ou physiologique des autres. Rien n'est plus positif que l'existence des liens sympathiques qui impriment certaines modifications vitales à un ou à plusieurs organes éloignés à l'occasion d'une impression reçue par un autre organe. Ces modifications, qui ne sont pas partagées par les parties intermédiaires ne peuvent être rapportées aux connexions mécaniques ou à l'enchaînement ordinaire des fonctions, mais paraissent dépendre d'une certaine organisation particulière qui fait vibrer à l'unisson toutes les parties, disposées de manière à s'irradier les impressions qu'ils reçoivent, soit directement par l'anastomose des nerfs, soit indirectement par l'intermédiaire du cerveau. En faisant connaître les sympathies de l'utérus avec la plupart des organes, nous nous bornerons à signaler des faits sans chercher à en expliquer les causes, parce qu'elles sont couvertes d'un voile aussi impénétrable que celui qui nous cache l'action nerveuse.

Les anciens, qui méconnaissaient les sympathies de la matrice avec les autres parties du corps, avaient imaginé que cet organe jouissait d'une existence par-

ticulière et d'un tempérament indépendant de la constitution générale. Ils croyaient que le corps n'était à proprement parler qu'une cage dans laquelle il avait la faculté de se mouvoir en tous sens et d'affecter dans ses mouvements les organes vers lesquels il se portait, sans que ceux-ci eussent sur lui la moindre influence.

Platon entre autres dit : « que la matrice est un » animal sauvage qui n'obéit point à la raison, mais » qui, lorsque ses désirs sont satisfaits, erre dans l'in- » térieur du corps, et excite toutes sortes de mouve- » ments irréguliers ». (*Tim.* pag. 500).

Les phénomènes sympathiques de la matrice, résultat de l'organisation de la femme, sont d'une évidence telle qu'il serait plus qu'absurde de vouloir les contester. Il est donc indispensable, surtout au médecin qui s'occupe principalement des maladies des femmes, d'avoir une connaissance aussi exacte que possible de la connexion intime de l'utérus avec tous les autres organes et de la réaction de ceux-ci sur ce viscère; cette étude est de la plus haute importance, car la vie des malades peut souvent en dépendre. En effet, il arrive quelquefois que ce n'est que par des phénomènes sympathiques que l'on soupçonne l'existence de certaines maladies de l'utérus. Dans tous ces cas difficiles, le médecin qui a une parfaite connaissance des irradiations sympathiques de cet organe, peut seul porter un diagnostic certain et prescrire un traitement rationnel.

Quelquefois des ulcérations, ou des engorgements du col ou du corps de l'utérus et même des cancers confirmés de cet organe, ont été traités comme des gastro-entérites chroniques, parce qu'ils présentaient plusieurs symptômes de ces affections qui, en réalité, n'étaient que des phénomènes sympathiques résultant de la réaction de la matrice se trouvant dans un état anormal et pathologique. Ce n'est qu'après des pertes utérines, fréquentes et considérables et des douleurs plus vives vers les organes sexuels qu'on se décide à consulter un médecin plus habile, qui alors acquiert souvent trop tard, la triste certitude de la nature du mal.

Plusieurs praticiens distingués, M. *Lisfranc* entre autres, ont été consultés pour de prétendues maladies, telles que des néphrites, des gastralgies, des gastrites, des entérites, des palpitations, des anévrysmes actifs du ventricule gauche, des lombago, des névralgies sciatiques ou crurales, etc., qui n'étaient réellement que des réactions sympathiques et des symptômes d'un état pathologique de la matrice dont on pourra avoir une conviction mathématique par le toucher et l'application du spéculum, et surtout par la cessation de tous les phénomènes nerveux au moyen du traitement et de la guérison de l'affection utérine.

Nous avons été nous-même souvent consulté pour des aphonies chroniques qui n'étaient que le

résultat d'une action sympathique de l'utérus, déterminée par une lésion physique ou physiologique de cet organe. Comme dans les aphonies de ce genre dont nous avons donné plusieurs observations dans notre traité des *Maladies des organes vocaux*, le larynx se trouve presque toujours dans un état parfait d'intégrité. Ce n'est que par la connaissance des sympathies utérines, que l'on peut soupçonner et découvrir la cause et le véritable siége du mal. Pour établir un bon diagnostic, dans tous ces cas difficiles, il est donc indispensable de connaître les liaisons presque constantes qu'ont certaines douleurs avec les maladies de la matrice. Sans la connaissance des irradiations sympathiques de cet organe, on est exposé à ne combattre que des symptômes, et non la maladie qui les produit ; et souvent, malgré tous les efforts de la thérapeutique, on laisse s'aggraver une affection qui se trouve bientôt au-dessus des ressources de l'art.

Les sympathies et la connexion qui existent entre l'utérus et tous les autres organes peuvent être rendues assez évidentes par les phénomènes suivants.

1° Avec les mamelles : nous allons le prouver par la coïncidence prononcée que l'on remarque à la puberté, dans leur accroissement, le développement des organes génitaux et la première apparition des règles.

Personne n'ignore que la titillation et la succion du mamelon par l'enfant, excitent souvent une sen-

sation plus ou moins voluptueuse vers les organes de la génération. *Hippocrate* a signalé le premier que les mamelles s'affaissent chez les femmes enceintes, quand le fœtus est mort, ou pendant une hémorrhagie utérine, et que la supression des règles et les lochies, ou la dilatation de la matrice par une môle, un polype, des hydatides, ou tout autre corps étranger dont l'expulsion a lieu par des contractions utérines, déterminent une sécrétion laiteuse et une véritable fièvre de lait, comme après un accouchement naturel.

Les femmes qui nourrissent, et dont le lait coule abondamment, sont rarement réglées, ont peu de lochies, et ne sont presque jamais sujettes à un écoulement muqueux par les parties sexuelles, tandis que celles dont on supprime le lait, et qui ne remplissent qu'à demi leurs devoirs de mère, sont exposées aux fleurs blanches et à des évacuations abondantes des lochies et du flux menstruel.

2° Les sympathies de l'utérus avec l'estomac, sont assez prouvées par les dégoûts, les appétits bizarres, les nausées, les vomissements et certaines affections hystériques que l'on remarque chez les femmes enceintes, et chez celles qui sont mal réglées ou qui ont une maladie quelconque siégeant sur la matrice.

L'influence de cet organe sur l'estomac a été reconnue par presque tous les auteurs, notamment par *Rega*, lorsqu'il dit dans sa brillante dissertation *de Sympathia*, p. 137 : *Ergo si ab utero laborante*

plura stomacho contingant incommoda, non est dubitandum quin ventriculo patiente, pati debeat et uterus.

Les sympathies actives de la matrice sur l'estomac dans l'état de grossesse disparaissent ordinairement vers la moitié du temps de la gestation, parce que cet organe est plus occupé de lui-même et n'a plus autant d'excès d'activité à répandre sur tous les autres.

3° La sympathie avec le cerveau est aussi on ne peut plus évidente. Ne voit-on pas des femmes enceintes perdre la mémoire ou l'avoir plus étendue, avoir l'imagination plus vive ou quelquefois moins d'intelligence, présenter quelques symptômes de rage, vouloir mordre certaines personnes qu'elles affectionnent, commettre un homicide, devenir folles, maniaques, cruelles, voleuses, etc., etc. ? N'a-t-on pas souvent observé qu'un violent accès de colère ou de jalousie, une frayeur subite, une impression vive, ont arrêté le flux des règles ou des lochies et suspendu la sécrétion du lait ou du moins changé la nature de ce liquide; tandis qu'on voit couler plus abondamment les fleurs blanches chez les personnes qui éprouvent quelques contrariétés ou qui sont en proie à des chagrins violents.

4° La cessation d'un catarrhe utérin et l'apparition d'un catarrhe pulmonaire ; souvent la disparition de ce dernier occasionée par la présence de l'autre; la dyspnée, les syncopes, les palpitations, les

oppressions, les crachements de sang, et enfin une foule d'autres phénomènes de ce genre que l'on remarque pendant la grossesse et pendant l'existence de presque toutes les affections de l'utérus, prouvent suffisamment la connexion intime qui existe entre ce viscère et les organes pulmonaires.

Le changement de la voix, lors de la puberté et de la cessation des règles, les aphonies, et les dysphonies qui ont lieu quelquefois pendant la grossesse ou une affection utérine ; la sensation qu'éprouvent souvent les organes sexuels de la femme lorsqu'un enfant, ou encore mieux une personne qui lui inspire de l'amour, lui donne un baiser sur les lèvres, ou touche seulement une partie quelconque de son corps ; le trouble des digestions, les borborygmes, les coliques, les céphalalgies, les maux de dents, les tintements d'oreilles, et autres symptômes qui surviennent aux diverses époques de la gestation ; la tuméfaction du ventre avant la menstruation, les vomissements spontanés et tous les phénomènes nerveux qui ont lieu après la rupture de la matrice ou une opération faite sur cet organe ; la cessation d'un catarrhe rebelle de ce viscère due à l'application d'un vésicatoire ou d'un cautère au bras ; la suppression d'une hémorrhagie utérine ou du flux menstruel, ayant lieu après l'application d'un sinapisme ou d'une ventouse sous les seins, ou l'immersion des mains ou des pieds dans l'eau froide; l'énergie que l'on donne

à la matrice pendant l'accouchement par l'inspiration de l'acide acétique, par les frictions avec des liqueurs alcooliques ou l'application de corps froids sur le ventre, et enfin une foule d'autres phénomènes physiologiques et pathologiques, forment un groupe de preuves capables d'établir la réalité des sympathies et des connexions qui existent entre la matrice et tous les autres organes (1). Ce qui démontre l'exactitude de ces deux aphorismes de *Vanhelmont* : *Propter solum uterum, mulier est id quod est..... femina omnem bis patitur morbum.*

Vouloir expliquer ici les causes de la grande influence de l'utérus sur toute l'économie serait s'engager dans un dédale d'hypothèses plus faciles à imaginer qu'à soutenir. Toutes les recherches que l'on ferait à cet égard ne tendraient certainement qu'à

(1) Ceux de nos lecteurs qui voudront de plus grands développements et des aperçus curieux sur la sensibilité de la matrice feront bien de consulter les travaux de *Haller*, de *Walter*, de *W. Hunter*, et surtout l'important ouvrage de *Frédéric Tiedemann*, publié à Heidelberg en 1822, sous le titre de *Tabulæ nervorum uteri*, in-folio. Cet auteur a cherché à démontrer anatomiquement les connexions manifestes des nerfs utérins, avec les grands appareils nerveux ganglionnaires et encéphaliques, afin d'expliquer les irradiations sympathiques et les *consensus* divers qui se font remarquer, soit pendant la menstruation, la conception, la grossesse, l'accouchement, la lactation, soit dans les lésions physiques et vitales de l'utérus, les affections hystériques, et toutes les incommodités auxquelles les femmes sont exposées.

prouver encore davantage, que l'homme cherchera toujours en vain à soulever complètement le voile qui recouvre les secrets impénétrables de la nature.

CHAPITRE III.

Exploration des organes sexuels de la femme, au moyen du toucher, et du *speculum uteri*.

DU TOUCHER VAGINAL.

Ce n'est pas une chose aussi facile qu'on pourrait d'abord le croire que de pratiquer le toucher; et ce n'est même qu'après une longue pratique ou après s'être exercé souvent sur le cadavre et sur des personnes vivantes, qu'on peut acquérir l'habitude nécessaire pour bien apprécier avec le doigt, les différentes lésions siégeant sur les organes génitaux internes de la femme.

Comme la plupart des auteurs modernes et les traités généraux de chirurgie les plus estimés gardent un silence presque complet sur ce point le plus important du diagnostic des maladies des organes génitaux de la femme, nous pensons qu'il ne sera pas déplacé d'indiquer ici les règles du toucher et les différentes manières de pratiquer cette opération.

La vessie et le rectum étant préalablement vidées, la malade doit être couchée en travers sur le bord de son lit, et avoir un coussin sous la tête, de telle

sorte qu'elle soit un peu plus élevée que le bassin. Il faut avoir soin de la placer de manière que le coccix déborde le matelas de quelques pouces, et que ses deux pieds soient posés sur deux chaises distantes l'une de l'autre de dix à douze pouces. L'opérateur, assis sur l'une d'elles, introduit dans le vagin, doucement et avec précaution, d'avant en arrière et un peu de bas en haut, le doigt indicateur enduit d'huile (1) ou d'un liquide mucilagineux; ce qui, conjointement avec quelques légers mouvements de rotation, rend l'introduction plus facile et moins douloureuse. Le toucher doit être pratiqué avec l'index de la main droite si on est assis à droite, et *vice versâ* si on est du côté opposé, et pour ne point blesser les parois vaginales, l'ongle devra être coupé avec soin. On pourra également procéder au toucher vaginal, la malade étant couchée en long dans son lit, la tête soutenue, les épaules un peu élevées, les talons appuyés sur le matelas, les cuisses demi-fléchies et écartées sans efforts, de manière à laisser agir librement la main de l'opérateur. Afin de rendre la matrice plus accessible, et l'introduction du doigt plus facile, et pour éviter des tatonnements désagréables,

(1) Le cérat, conseillé par presque tous les auteurs, a l'inconvénient de masquer à la vue les parois vaginales, lorsqu'après le toucher on a recours au spéculum. Le beurre qu'on emploie quelquefois laisse des grumeaux blanchâtres, qu'on peut confondre avec une altération ou une sécrétion pathologique : l'huile est donc sous tous les rapports préférable.

on fera tenir le bassin élevé, soit en recommandant à la malade de le soulever un peu, soit en plaçant sous le siége un petit coussin ou une alaise pliée en huit. Tout étant disposé comme nous venons de l'indiquer, on se placera au côté du lit vers le bord duquel la femme se sera plus avancée, puis après s'être tourné dans la direction de la face de la malade, on passera sous les vêtements de cette dernière, et entre ses membres inférieurs, la main correspondant au côté où l'on se trouve; enfin, on achèvera l'opération avec les précautions et d'après les préceptes qui sont indiqués plus haut. Cette manière de pratiquer le toucher qui permet d'agir sous les vêtements, est surtout avantageuse lorsqu'on veut en même temps procéder à la palpation suspubienne.

Il est une troisième méthode que nous préférons aux deux autres, soit parce qu'elle permet de mieux apprécier le poids, le volume, la direction et la hauteur de la matrice, soit aussi parce qu'elle alarme moins la pudeur des femmes qui sont soumises au toucher pour la première fois. Cette méthode consiste à faire placer la femme debout, le dos appuyé contre un lit ou contre un mur, ayant soin de lui faire écarter convenablement les cuisses, et de mettre les muscles dans le plus grand relâchement possible. Le chirurgien, après avoir mis un genou en terre et porté une main sur l'hypogastre pour refouler la matrice en bas, introduit dans le vagin, le doigt indicateur enduit d'huile,

de bas en haut et d'avant en arrière, jusqu'à ce qu'il soit parvenu au museau de tanche qui se présente, à l'état normal, comme un anneau circulaire, dur et résistant, et produit, comme l'a judicieusement observé le professeur *Dubois*, le père, une sensation semblable à celle qu'on éprouve en touchant le lobule du nez.

Après avoir exploré le vagin aussi bien que possible, et lorsqu'on sera arrivé sur le col utérin, on examinera sa température, sa forme, sa situation, la dilatation de son orifice, sa sensibilité, son volume, sa consistance ; enfin on s'assurera s'il n'est pas le siége d'ulcères, d'érosions, de fissures, d'aspérités, d'exubérances, d'excroissances, de végétations, d'hémorroïdes, de varices, de polypes envahissant la totalité ou une partie de son pourtour. Il faudra surtout faire attention de ne pas prendre pour une vraie maladie les déchirures qu'on y rencontre fort souvent chez les femmes qui ont eu des enfants : ces solutions de continuité, ne sont autre chose que le résultat du déchirement qu'a éprouvé le col de la matrice pendant les accouchements.

Lorsqu'on a bien exploré le museau de tanche, il faut tâcher de porter le doigt aussi haut que possible entre le col et les parties qui l'environnent, afin de pouvoir bien l'examiner sur toutes ses faces. Ce résultat est plus facilement et plus sûrement obtenu, si, comme il serait utile de le faire toujours, on pra-

tiquait le toucher d'abord d'une main, puis de l'autre. La main droite explore le côté droit du vagin et le côté gauche du col, tandis que la main gauche agit en sens inverse et explore les côtés opposés. Lorsqu'on aura suffisamment reconnu l'état de toutes les parties, et qu'on aura noté dans sa mémoire les découvertes qui auront été successivement faites, pour ne pas trop fatiguer la malade, on retirera le doigt le plus tôt et le plus doucement possible, ayant soin de remarquer si son extrémité est teinte de sang; ce qui annonce toujours un état pathologique de l'organe, si la femme n'a pas ses règles. Enfin, pour mieux apprécier la nature et la couleur des matières dont le doigt investigateur pourrait être chargé, on fera bien de l'essuyer sur un linge très-propre avant de se laver les mains.

Lorsqu'on aura à explorer principalement la partie inférieure et antérieure du vagin, la femme devra prendre une position horizontale et se tenir dans ce cas sur ses genoux et ses mains; et on pourra varier les positions en faisant placer la malade sur l'un ou l'autre côté, suivant les régions qu'on voudra soumettre à l'examen ou selon l'attitude qui ramènera la matrice déviée à une direction plus favorable.

Si le toucher est applicable dans la grande majorité des cas, il y a des circonstances qui doivent faire différer et quelquefois même rejeter cet excellent mode d'exploration. Ainsi on devra s'abstenir mo-

mentanément du toucher vaginal, quelques jours avant et après les règles et surtout pendant leur écoulement, parce que la matrice subit alors des modifications qui pourraient induire en erreur. Il faudra aussi ne pas pratiquer le toucher, lorsque les malades ressentiront de vives douleurs, lorsque le vagin sera très sensible et irrité par le plus léger frottement. Dans les cas de ce genre, ainsi que le pratique M. *Lisfranc*, on combattra cette irritation anormale, au moyen de petites saignées révulsives au bras, et par l'usage de grands bains prolongés, de demi-lavements opiacés. Enfin on devra s'abstenir du toucher vaginal, ou plutôt ne plus renouveler ce moyen explorateur, lorsqu'on aura la certitude de l'incurabilité de la maladie, indiquée par une matrice volumineuse, bosselée, et dont le col est le siége de végétations, de déchirures et de cavernes saignant au moindre contact et répandant une odeur infecte et caractéristique des affections carcinomateuses. Toutes les recherches ultérieures seraient aussi inutiles que dangereuses, puisque dans tous ces cas désespérés, chaque exploration augmente toujours inutilement les souffrances, et devient souvent la cause d'une violente inflammation ou d'une hémorrhagie mortelle.

Si, en règle générale, on doit avoir recours au toucher de prime abord, il ne faut y revenir que le moins souvent possible et seulement dans le cas d'absolue nécessité, et en agissant toujours avec la

plus grande précaution. On ne suivra pas cependant ce précepte jusqu'à se priver des notions indispensables pour reconnaître la marche de la maladie et apprécier toutes les modifications qui peuvent réclamer de nouveaux moyens thérapeutiques. C'est surtout dans le traitement des affections des organes sexuels, que le médecin doit chercher à inspirer la plus grande confiance aux femmes, qui ne se soumettent au toucher qu'avec la plus grande répugnance, et lorsqu'elles sont pressées par des souffrances devenues plus vives.

DU TOUCHER PAR LE RECTUM.

Après avoir pratiqué le toucher par le vagin, s'il reste encore quelques doutes sur l'état de la matrice et de ses dépendances, et si surtout on a une opération à tenter sur quelques-uns des organes contenus dans la cavité pelvienne, il reste encore un excellent moyen d'exploration qui jette un grand jour sur le diagnostic des maladies des femmes et qui est même plus propre que celle faite par le vagin, pour explorer le petit bassin et les organes qu'il contient. Le moyen dont nous voulons parler est le toucher médiat par le rectum, dont il faudrait s'abstenir s'il était rendu trop difficile par la présence d'hémorroïdes douloureuses, la constriction spasmodique des sphincters, ou enfin, par certaines maladies de

l'anus ou de l'intestin. Cependant nous devons dire que, dans les cas les plus difficiles, où le toucher par le rectum était en quelque sorte regardé comme impossible et tout-à-fait contre indiqué, nous avons toujours pu y procéder avec assez de facilité, et sans déterminer beaucoup de douleur, en ayant la précaution de faire introduire dans l'anus, une heure ou deux avant l'opération, un suppositoire de beurre de cacao dans lequel nous avions fait incorporer un demi-grain d'extrait d'opium, et la même quantité d'extrait de belladone.

Mais lorsque rien ne s'oppose à l'introduction du doigt, après avoir fait vider le rectum au moyen d'un lavement, il faut procéder comme si on agissait par le vagin, avec cette différence cependant qu'on doit aller plus lentement, afin de vaincre plus facilement la résistance des sphincters. Sans cette précaution, la malade éprouve souvent une espèce de constriction, un ténesme douloureux qui ne permet pas de continuer l'opération.

Une chose qu'il ne faut également pas perdre de vue, c'est de bien suivre la direction *courbée* du *rectum*, jusqu'à ce que l'on soit parvenu à l'angle sacro-vertébral ; on aura soin aussi d'appliquer sur l'hypogastre la main qui est libre afin de refouler la vessie sur les pubis et la matrice en bas. On peut ainsi non seulement explorer presque toute la surface postérieure de l'utérus, mais même reconnaître l'état des

ligaments larges, des ovaires, des trompes, et enfin apprécier s'il ne se trouve pas dans le petit bassin quelque état pathologique, quelque masse cancéreuse pouvant contre-indiquer une opération qui, dans cette dernière hypothèse, ne pourrait sauver les jours de la malade, comme nous en avons vu un exemple à l'hôpital de la Pitié; *M. Lisfranc*, en faisant l'autopsie d'une femme, morte dix-huit jours après l'amputation du col de l'utérus, trouva derrière cet organe une espèce de cuirasse carcinomateuse qui embrassait la portion lombaire de la colonne vertébrale et contenait une matière encéphaloïde.

Le toucher par le rectum est le meilleur moyen d'investigation pour bien apprécier le volume et les obliquités de l'utérus, lorsque ce viscère ne remonte pas au-dessus de la symphyse des pubis; c'est encore le meilleur moyen par lequel on puisse constater l'existence ou l'absence de la matrice, lorsque le canal vulvo-utérin est imperforé ou manque entièrement.

DE LA PALPATION SUSPUBIENNE

OU

TOUCHER HYPOGASTRIQUE.

Si l'on désire avoir une connaissance entière de l'utérus sur toutes ses faces, il faut encore pratiquer

le toucher sus-pubien ou hypogastrique en faisant coucher la malade la tête soutenue, les épaules un peu élevées, les cuisses fléchies, les pieds appuyés sur le matelas, de manière à ce que les muscles de l'abdomen soient dans le plus grand relâchement possible. A moins qu'il n'y ait nécessité d'explorer à nu, la chemise sera la seule partie des vêtements qui devra recouvrir la peau. La main de l'opérateur, qui sera placée sur la région sus-pubienne, d'abord à plat, et successivement en travers et en long, pressera sur les parois abdominales, et, par de légers mouvements faits dans le sens horizontal, déprimera la vessie en bas et les intestins en haut, et parviendra ainsi jusqu'à la matrice, qui se présente comme un corps dur et mobile. Alors, en promenant la pulpe des doigts sur l'organe, on pourra explorer sa face antérieure, apprécier assez bien son volume, sa forme, sa consistance, sa mobilité, ses connexions avec les parties voisines ; enfin, en explorant également les fosses iliaques, on constatera si les trompes et les ovaires ne sont pas le siége de quelque tumeur ou de tout autre état pathologique qu'on n'aurait pu découvrir autrement.

Pour établir un diagnostic aussi sûr que possible sur les maladies sexuelles, et pour prévenir les erreurs et dissiper les doutes qne la similitude de leurs symptômes pourrait faire naître, quoiqu'elles diffèrent beaucoup entre elles par leur nature, il ne faut pas se borner au toucher par lequel on doit *toujours* com-

mencer; mais il faut souvent ajouter à cet excellent mode d'exploration l'emploi du *speculum uteri* qui permet à l'œil de juger le mal, et donne sur sa nature une certitude presque mathématique. C'est avec le secours de cet instrument qu'on apprécie rigoureusement le volume, la forme, la couleur et l'aspect des parties malades, et qu'étant éclairé complètement sur le point de départ et l'existence de certaines lésions méconnues par le toucher, on se trouve naturellement sur la voie des indications thérapeutiques dont l'efficacité a été sanctionnée par l'expérience.

DU SPECULUM UTERI

ET DE LA MANIÈRE DE L'APPLIQUER.

Si c'est avec beaucoup de peine qu'on parvient à décider les malades à se soumettre au toucher, on comprendra facilement tous les ménagements qu'il faut apporter pour rendre moins pénible le sacrifice qu'une femme honnête fait à sa pudeur, en exposant au regard d'un médecin des parties qu'elle cache toujours avec le plus grand soin.

Lorsqu'on voudra explorer les organes génitaux externes, la femme devra se coucher en travers sur un lit, ou s'asseoir sur un fauteuil ou un canapé, ayant le soin de tenir les cuisses écartées et relevées, dans le premier cas par deux chaises, et dans le se-

cond par des coussins. Le chirurgien placé en face, un genou en terre, passera d'abord en revue le périnée et les grandes lèvres, puis après les avoir écartées, il examinera leur surface muqueuse, le clitoris, le vestibule, les nymphes, l'orifice du canal de l'urètre, la partie antérieure et inférieure du vagin, enfin tous les replis de la vulve qui cachent souvent de petites ulcérations qu'il est important de découvrir.

Si l'on désirait soumettre à la même investigation, non seulement le canal vulvo-utérin dans toute son étendue, mais même le col de la matrice, il sera, comme nous l'avons déjà dit, indispensable d'avoir recours au *speculum uteri* qui permet d'écarter les parois vaginales et laisse apercevoir le museau de tanche.

Ce dilatateur vaginal à qui on a donné un nom si impropre, et que nous appellerions volontiers *hystéroscope*, si nous n'avions pas la crainte d'être accusé de néologisme, a subi depuis son origine, une foule de modifications, dont nous allons tracer une courte esquisse historique, avant d'indiquer la manière de l'appliquer.

L'invention du *speculum uteri* remonte à la plus haute antiquité, et il serait difficile de dire le nom de son inventeur et l'époque où il a été employé pour la première fois. D'après *Ætius* (1), *Archigène* d'A-

(1) Lib. IV. cap. 86.

pamée en Syrie, qui vint s'établir à Rome sous l'empire de *Domitien*, aurait le premier fait connaître le *speculum uteri*. Dans une traduction de *Paul d'Egine* par *Rondelet*, cet auteur dit à l'article *phymosis* chez les femmes : *L'instrument appellé* διοπερα *estant introduit fermé dedans la uulue, après soit tourné pour l'ouvrir, affin que les conjonctions du-dit instrument soient eslargies, et la cauité de la feme soit distedue*. Le speculum dont parle Paul d'Egine (1), était composé de deux branches que l'on faisait agir au moyen d'une vis. *Avicenne* (2), mort vers l'an 1036 de notre ère, qui avait reçu le surnom de *Prince des médecins*, et qui passait chez les Arabes pour un second *Galien*, et *Albucasis* (3), mort en 1122, ont décrit sous le nom de *vertigo*, deux espèces de *speculum uteri* à trois valves dont le rapprochement et l'écartement était effectué par une manivelle à vis. Ces instruments se trouvent dessinés dans l'ouvrage d'*André de la croix* (4). *Spachius* (5), auteur d'un recueil où il passe en revue les auteurs qui ont traité des maladies des femmes, *Franco* (6), qui a le premier pratiqué la taille par le haut appa-

(1) Lib. III. cap. 66.
(2) Tract. 4. cap. 3.
(3) Lib. 2. cap. 77.
(4) Officina chirurgica. pag. 39.
(5) Gynæciorum, sive de mulier. 1597.
(6) Traité des hernies, etc., et autres maladies, etc. 1561.

reil, *Paré* (1), *Scultet* (2), *Garengeot* (3) et plusieurs auteurs des trois derniers siècles, ont également fait connaître des speculum brisés à deux ou à trois branches; mais ces instruments, pour la plupart incommodes, étaient tombés dans l'oubli, lorsque M. le professeur *Récamier* en a fait revivre l'usage en démontrant leur utilité dans l'exploration des organes génitaux internes de la femme. Celui qui d'abord fut employé par cet excellent praticien, était extrêmement simple et ne consistait qu'en un tube d'étain dont l'extrémité utérine présentait une circonférence à bords arrondis qui permettait d'embrasser le col de la matrice sans crainte de le blesser; cet instrument, qui alors était trop long et se trouvait très évasé et taillé en biseau à son extrémité vulvaire, fut modifié par *Dupuytren* qui en réduisit la longueur à celle du vagin et y ajouta un manche au moyen duquel on le fixait et on l'introduisait plus facilement dans le vagin. Le professeur A. *Dubois*, dans le but de le faire servir au traitement et à l'exploration des fistules vaginales, a fait pratiquer une échancrure vers sa région supérieure.

Le spéculum a été, depuis cette époque, modifié par

(1) Les œuvres d'Ambroise Paré. Livre XXIV. Chap. 86. Paris 1585.

(2) Armamentarium chirurg. Tab. XXXX. Pag. 153. Venetis 1665.

(3) Nouveau traité des instruments de chirurg. Tom. I. Pl. 25. Paris 1723.

madame *Boivin*, MM. *Lisfranc*, *Weis*, *Deyber*, *Ricque*, *Guillon*, *Bertze*, *Jobert*, *Thomson*, *Ricord*, et surtout M. *Charrière*, habile coutelier de Paris, qui en a imaginé plusieurs dont nous aurons occasion de parler dans cet ouvrage et dont nous donnons ainsi que de tous les autres, la description et les dessins dans notre dictionnaire historique et iconographique des instruments et de toutes les opérations chirurgicales.

Dans notre Mémoire sur l'amputation du col de la matrice publié en 1828, nous avons donné la description et le dessin d'un speculum à six et à huit branches que nous avions inventé en 1827 et que nous représentons encore dans cet ouvrage. Cet instrument, qui a la forme d'un cône dont la base est au manche quand il est fermé, et à l'autre bout quand il est ouvert, a l'avantage d'être introduit sous un petit volume et de se dilater seulement vers la matrice en écartant fortement près du col utérin, les parois du vagin, de manière à pouvoir agir facilement dans cette cavité, lorsqu'on veut pratiquer quelque opération. Pour employer ce speculum, on doit d'abord l'armer de son embout de forme ovoïde. Cet embout qui est d'acier poli comme le speculum dont il complète le cône, reçoit dans sa concavité les branches de ce dernier instrument, ce qui facilite son entrée et évite les douleurs que pourraient causer les inégalités du sommet du cône formé par le rapprochement des branches.

Lorsque le speculum a franchi la vulve et qu'il est déjà assez avancé dans le vagin, on le débarrasse de son embout que l'on pousse un peu en avant au moyen de sa tige et que l'on retire au dehors après avoir légèrement écarté l'extrémité utérine des branches, de manière à le laisser passer facilement. La dilatation de cet instrument a lieu en tournant les vis qui rapprochent l'anneau de la base immobile du cône qui est formé par le speculum non dilaté. L'embout retiré de l'intérieur du vagin, on termine l'introduction du speculum dont on écarte un peu les branches à mesure qu'il pénètre.

Le speculum que nous avons imaginé est surtout extrêmement commode pour pratiquer l'excision du col de la matrice, parce que, dans tous les diamètres, il donne une grande dilatation seulement vers le col, ce qui facilite de beaucoup l'opération par les procédés que nous ferons connaître. C'est à tort que M. le professeur *Velpeau* lui a reproché d'avoir l'inconvénient de pincer la muqueuse vaginale ; car il est confectionné de manière que cet accident ne peut avoir lieu dans aucun cas.

Quand il s'agit d'une simple exploration, nous remplaçons notre speculum par celui de M. le professeur *Récamier*, qui consiste dans un tube conoïde d'étain ou d'argent auquel nous avons ajouté un manche à charnière, d'un pouce de longueur et se repliant sur le corps de l'instrument. Le speculum ainsi modifié est extrê-

mement commode et portatif ; il joint à une grande simplicité l'avantage d'être appliqué facilement et de laisser mieux voir que tous les autres en réfléchissant sur le col les rayons lumineux. D'ailleurs, n'ayant point de solution de continuité, la membrane muqueuse du vagin ne peut pas masquer, comme le prétendent quelques chirurgiens, l'orifice de la matrice en faisant une saillie plus ou moins grande dans l'écartement des branches des autres speculum composés de plusieurs pièces. Cet inconvénient, qui n'existe pas, puisque le vagin est tendu lorsque le speculum est en place disparaîtrait facilement en faisant exécuter à l'instrument explorateur, quelques petits mouvements de rotation, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre.

Quel que soit d'ailleurs le speculum qu'on veuille employer, voici les règles que l'on doit suivre pour procéder convenablement à son application.

La malade doit être couchée sur le dos et placée en travers sur le bord de son lit, de manière à avoir les deux pieds posés sur deux chaises ; les membres abdominaux doivent être fortement écartés et le bassin, un peu plus élevé que la tête, sera fixé de telle sorte qu'il puisse rester immobile et dépasser de quelques pouces le bord du matelas.

Tout étant disposé comme nous venons de l'indiquer, le chirurgien procédera à l'introduction du spéculum qu'il aura eu soin de chauffer un peu et

d'oindre d'huile ou de mucilage pour rendre plus facile son entrée et diminuer les douleurs que son introduction peut causer ; alors après avoir écarté les grandes et les petites lèvres avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, il présentera avec la main droite l'instrument ainsi préparé à l'orifice du vagin, comme s'il voulait former avec l'axe de ce canal un angle obtus rentrant en arrière ; faisant alors de légers efforts et de petits mouvements de rotation, le speculum, qu'on appuiera un peu sur la paroi inférieure du vagin, parviendra facilement jusqu'au museau de tanche en chassant devant lui la membrane muqueuse, formant souvent un bourrelet circulaire qui ressemble assez au col de la matrice. Il faut prendre garde de s'y méprendre et avoir soin d'enfoncer doucement le speculum de manière à ne pas heurter les parties malades que l'on veut examiner.

Lorsqu'on aura aperçu le col de la matrice, on devra faire en sorte de ne pas le déprimer en arrière parce que le corps de ce viscère se trouverait par cela même dans une espèce d'antéversion qui empêcherait d'explorer le museau de tanche, malgré tous les efforts que l'on ferait ; on parviendrait d'autant moins facilement à bien voir, que l'on enfoncerait davantage le spéculum qui a été souvent rejeté et regardé comme un instrument inutile, par des chirurgiens qui ne savaient pas s'en servir.

Pour redresser le col utérin qu'on ne pourrait faire

saillir dans le spéculum, nous avons inventé une espèce de levier plein et concave, au moyen duquel on ramène en avant le museau de tanche dévié. Cet instrument qu'on applique beaucoup plus facilement que la cuillière fenétrée de *madame Boivin*, qui est trop large, porte également à son autre extrémité une pince à coulant destinée à maintenir une éponge, un pinceau de charpie ou un tampon de linge, pour déterger le museau de tanche, ou pour le cautériser, selon l'indication.

Arrivé au fond du vagin, afin d'augmenter la saillie de l'utérus, on dira à la malade de faire des efforts comme pour aller à la garde-robe; lorsque le col utérin sera bien à découvert, on devra nettoyer avec une petite éponge ou des bourdonnets de charpie fixée sur la pince de notre levier ou sur notre érigne à quatre branches, on devra, disons-nous nettoyer toutes les mucosités qui ont été chassées devant le museau de tanche que l'on pourra examiner parfaitement au moyen d'une bougie allumée et placée entre l'orifice du vagin et un miroir métallique concave et poli que nous avons appelé *hystéroscope* et que nous avons inventé pour donner une grande clarté au fond du spéculum. Les rayons de la bougie qui se portent sur le miroir, étant réfléchis par celui-ci, forment en convergeant, un cône lumineux dont le sommet se trouve sur le col de la matrice et la base sur le miroir même; on est sûr par ce moyen

d'explorer parfaitement l'organe malade et de découvrir certaines altérations qu'il eût été impossible de voir sans ce réflecteur.

Nous devons encore ajouter ici qu'il n'est pas indifférent de se servir d'un spéculum de tel métal plutôt que de tel autre. Ceux qui sont en argent, en étain ou en acier poli, sont préférables. Il faut surtout éviter qu'il soient de deux métaux comme ceux que l'on fait en plaqué, parce que nous avons remarqué que lorsqu'il en était ainsi, leur application devenait plus douloureuse, attendu que le contact des deux métaux, et les mucosités acides du vagin faisaient développer des phénomènes voltaïques qui réagissent assez fortement sur l'utérus.

Quel que soit d'ailleurs le spéculum que l'on emploie, il faut procéder à son application selon les règles que nous venons d'indiquer, et avoir soin de tourner en haut le manche de l'instrument parce qu'étant placé en bas on risquerait de se trouver embarrassé par cette tige qui pourrait aller arc-bouter contre le lit et gêner ainsi l'introduction dans le le vagin.

Quoique l'utilité du spéculum utérin soit incontestable dans un grand nombre de cas, il y a, comme pour le toucher, des circonstances qui doivent faire différer et même rejeter tout-à-fait son application. Ainsi les inflammations vives du vagin, l'étroitesse de ce canal chez les vieilles femmes et chez

les jeunes filles non déflorées, les brides membraneuses, la présence de l'hymen et toutes les circonstances qui font différer le toucher, doivent également faire rejeter l'emploi du spéculum, jusqu'à ce qu'on ait pu remédier à toutes les contrindications par des soins ou des opérations préparatoires.

L'application de cet instrument doit être tout-à-fait prohibée dans les cas d'ulcérations profondes du col et du vagin, ce qui exposerait à des déchirures vaginales et à des hémorrhagies graves; son application est également inutile et même dangereuse, lorsqu'au moyen du toucher, on a constaté l'existence de larges végétations carcinomateuses ou d'un champignon volumineux siégeant sur le col utérin; enfin nous ajouterons encore qu'avant de procéder à toute espèce d'examen des organes génitaux internes, on fera vider le rectum au moyen d'un lavement, pour éviter que les obstacles qui pourraient s'opposer à l'entrée de l'instrument explorateur, n'occasionnent aussi quelque méprise dans le toucher.

Quoique l'application du spéculum exige toujours, du moins pour les femmes honnêtes, un grand sacrifice à leur pudeur, cette considération ne devra jamais arrêter le praticien lorsqu'il soupçonnera l'existence d'une lésion grave ou susceptible de le devenir. On devra donc insister auprès des malades, et tâcher de les décider à un examen pour lequel elles éprouvent toujours tant de répugnance.

C'est alors qu'il est surtout important d'inspirer la plus grande confiance et d'employer la douceur et le ménagement capables de diminuer l'embarras moral et les douleurs physiques, qui sont les conséquences ordinaires de ces sortes d'explorations.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans dire que parmi les moyens explorateurs de la matrice, on compte encore l'emploi du *stéthoscope* que *Fodéré*, *M. Major*, et surtout *M. de Kergaradec* ont proposé pour reconnaître les battements du cœur du fœtus, et distinguer ainsi la grossesse de diverses affections qui déterminent un plus ou moins grand développement de l'organe gestateur, telles que l'hydropisie et la tympanite interne, etc. Cet instrument, que nous avons rendu plus commode et plus portatif, en le faisant confectionner avec des tubes rentrant les uns dans les autres, comme ceux d'une lunette d'approche, doit être appliqué entre le bord antérieur du bassin et le niveau de l'ombilic, d'autant plus haut que la gestation est plus avancée et après avoir eu la précaution de faire coucher la femme.

Le bruit du cœur du fœtus qui donne de 100 à 140 ou 150 pulsations par minute, tandis que celui du cœur de la femme n'en fournit que 60 à 75, est un signe certain de la grossesse et de la vie du fœtus, de même que la force des battements indique en général la vigueur et la santé de ce dernier. Si les pulsations fœtales bien manifestement perçues, coïn-

cidaient avec un très petit développement de l'utérus, on acquerrait ainsi la preuve d'une grossesse *extra-utérine*. Cependant l'absence des battements du cœur du fœtus, comme celle de ses mouvements actifs et passifs, ne sont pas des preuves concluantes de la vie de ce dernier, et même de l'existence de l'état de gestation. Comme l'emploi du stéthoscope est, dans ce cas, un moyen d'exploration plus obstétrical que médico-chirurgical proprement parlant, nous croyons pouvoir nous dispenser de nous étendre davantage sur ce sujet, en ajoutant cependant que le *métroscope* proposé par *M. Nauche* pour entendre les bruits et percevoir les mouvements qui se manifestent dans le vagin et la matrice, est selon nous, un moyen moins fidèle que le *stéthoscope* ordinaire.

CHAPITRE IV.

Causes générales et tableau synoptique des maladies des femmes.

On pourra facilement s'expliquer pourquoi les organes sexuels de la femme sont plus souvent affectés que ceux de l'homme, si l'on réfléchit que pour concourir à l'acte de la reproduction dont elle fait presque tous les frais, ses parties génitales jouent le rôle le plus

pénible et sont destinées à remplir les fonctions les plus nombreuses et surtout les plus prolongées.

Une foule de circonstances qui s'écartent plus ou moins du but de la nature, telles que le célibat, la continence, l'abut du coït, les spasmes érotiques trop souvent provoqués, la stérilité, les accouchements laborieux, les avortements, la privation de l'alaitement, etc., sont chez les femmes les causes les plus ordinaires de la grande fréquence des affections des organes génitaux. Si dans les classes élevées de la société, et surtout dans les grandes villes, la plupart des maladies sont plus communes que dans les campagnes et chez les femmes de la classe du peuple, c'est que celles-ci se trouvent moins sous l'influence de toutes les causes perturbatrices qui se pressent et se renouvellent sans cesse autour des femmes qui vivent dans l'opulence.

La matrice étant l'organe vers lequel viennent le plus fortement retentir toutes les impressions physiques et morales, on doit encore compter parmi les causes de la plus grande fréquence des affections utérines dans les grandes villes, surtout à Paris, l'insalubrité de l'air, les écarts hygiéniques, les veilles prolongées, les lotions cosmétiques froides et astringentes faites à la vulve pendant ou après les règles, l'emploi des chaufferettes, l'abondance de mets excitants, l'usage immodéré des glaces et des sorbets, celui du café au lait, les troubles et les

grandes commotions politiques, les manœuvres secrètes, les jouissances illicites, les émotions délirantes et souvent répétées qui résultent des représentations théâtrales et des lectures passionnées, la jalousie, l'amour contrarié, les pertes de fortunes, les chagrins domestiques, les joies fortement senties, les emportements fréquents, en un mot toutes les passions vives et les grandes secousses morales (1).

On comprend facilement que toutes ces causes doivent plus fortement faire sentir leur pernicieuse influence chez les femmes des villes et principalement chez celles des classes élevées, parce qu'étant en général plus nerveuses, plus impressionnables et surtout douées d'une plus grande vivacité d'imagination, elles sont par cela même plus promptes à s'alarmer pour leur famille et quelquefois pour les malheurs d'autrui. Les conséquences de leur position sociale et les modifications qui résultent de leurs habitudes, font que la sensibilité et la délicatesse de leur cœur

(1) On trouvera des exemples aussi nombreux que frappants, de l'influence des causes morales sur le développement d'une foule de maladies chez les femmes, dans l'ouvrage auquel notre savant confrère et ami, le docteur *Descuret*, a consacré plus de quinze années de recherches et de travail. Ce traité aussi important qu'élégamment et clairement écrit, doit paraître incessamment sous le titre de : *La médecine des passions* ou *essai sur les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion*

deviennent pour elles des causes fréquentes de peines et de souffrances.

Chez les femmes de la campagne et dans les classes du peuple, les affections des organes sexuels dépendent le plus souvent de causes tout à fait opposées ; ainsi on doit surtout ranger parmi celles-ci, le séjour dans des pays marécageux, une habitation humide et obscure, les exercices violents, les coups, les chutes sur le siège, les variations atmosphériques, le refroidissement des extrémités, l'usage continuel d'aliments grossiers et de boissons alcooliques, l'action de s'asseoir ou de se coucher sur l'herbe, sur la terre, sur un banc de pierre, l'immersion dans l'eau froide, des pieds ou des mains, les emménagogues pris avec des intentions criminelles, les manœuvres faites par des mains ignorantes pendant l'accouchement, l'occupation continuelle à des travaux sédentaires dans des caves ou dans des ateliers bas et humides, les efforts à soulever un fardeau ou pour porter long-temps des objets destinés à être vendus à la ville, enfin la colère, le libertinage, l'ivrognerie, la malpropreté et une foule d'autres causes physiques et morales qu'il serait trop long de rappeler.

L'âge critique est aussi une source fréquente des affections des organes sexuels chez la femme, parce que la cessation de l'écoulement menstruel, déterminant vers le bassin une congestion, donne lieu à des hémorrhagies utérines, et à des altérations orga-

niques qui le plus souvent deviennent fort graves, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes. C'est surtout à cette période de la vie des femmes que l'on peut dire avec *Horace* :

Multa ferunt anni venientes commoda secum,
Multa recedentes adimunt. . . . . .

Les premiers effets des maladies de l'utérus, sont de réagir promptement sur le physique et sur le moral des femmes ; elles deviennent tristes, mélancoliques, inquiètes et susceptibles; elles ont des pressentiments sinistres. Celles qui vivent dans l'opulence s'éloignent du monde ou se précipitent dans le tourbillon des grandes réunions et des fêtes, comme pour s'étourdir sur un mal qu'elles redoutent sans en connaître la nature et que par un sentiment de pudeur non raisonné, elles laissent quelquefois tellement s'aggraver, que malheureusement il n'est que trop souvent au dessus des ressources de l'art. Celles surtout qui sont atteintes d'une affection cancéreuse du col de l'utérus voient bientôt disparaître leur fraîcheur et leur beauté, et la maladie qui s'accroît tous les jours avec leurs souffrances les ride et les flétrit ,

Comme un fruit dont le cœur est rongé par un ver.

D'après cet exposé succinct des causes générales des maladies des femmes , on doit comprendre combien il faut de prudence et de sagacité pour gouverner

la santé d'une organisation aussi frêle et aussi mobile, et dans quel abyme du cœur un médecin devra pénétrer pour découvrir le principe de tant de secousses désordonnées et faire jouer les ressorts d'une sensibilité aussi inconstante que flexible.

Afin de faciliter l'étude des lésions des organes génitaux de la femme, et surtout pour les grouper le mieux possible d'après l'ordre naturel qu'elles doivent occuper dans un système général de pathologie dont elles ne sont qu'une faible partie, nous en avons fait une classification dans laquelle nous les divisons en six sections qui sont : 1° *les lésions de forme ;* 2° *les lésions de situation*; 3° *les lésions physiques* ; 4° *les lésions vitales* ; 5° *les lésions de fonctions*; 6° *les lésions relatives à la reproduction.*

Quoique nous regardions cette division des maladies particulières aux femmes comme étant plus rationnelle que toutes celles proposées par nos prédécesseurs, nous sommes loin de la croire parfaite et inattaquable; mais ce qui nous rassure un peu sur les imperfections qu'on pourra nous signaler, c'est qu'il n'existe pas en pathologie de classification parfaite, et que d'ailleurs, tous les auteurs qui ont écrit sur les maladies des femmes, ont comme nous rencontré des écueils que la nature du sujet ne leur a pas permis d'éviter.

TABLEAU SYNOPTIQUE
DES MALADIES PROPRES AUX FEMMES.

Ire SECTION.

LÉSIONS DE FORME ET DE DÉVELOPPEM.

Comprenant tous les vices de conformation primitifs ou accidentels des organes sexuels et de leurs dépendances, parmi lesquels nous rangeons :

L'absence des grandes lèvres, leur union, la longueur excessive des petites lèvres, leur adhérence, le trop grand développement du clitoris, l'imperforation et le retrécissement de l'urètre ; l'absence du vagin, son retrécissement, son étroitesse, son oblitération, son imperforation, son obturation, son ouverture congénitale dans le rectum ou dans la vessie ; l'absence de la matrice, sa division, son incomplet développement, l'occlusion congéniale de son col et son oblitération accidentelle, enfin l'imperforation des trompes de Fallope.

IIe SECTION.

LÉSIONS DE SITUATION.

Comprenant tous les déplacements et les déviations des organes génitaux urinaires de la femme. Parmi ces vices nous rangeons : l'hystéroptose ou prolapsus de la matrice, l'antéversion, la rétroversion, l'antéflexion, la rétroflexion, l'inversion, l'obliquité, l'élévation et l'immobilité de cet organe ; l'hystérocèle et toutes les hernies de l'utérus et de l'ovaire ; la cystocèle et l'antérocèle vaginales, l'entérocèle et la cystocèle vulvaires, le prolapsus de la muqueuse urétrale, la chute de la membrane interne du vagin et l'invagination de ce canal.

IIIe SECTION.

LÉSIONS PHYSIQUES.

Comprenant toutes les solutions de continuité et l'introduction accidentelle des corps étrangers. Parmi lesquelles se trouvent : les plaies, les contusions et les déchirures de la vulve, de la fourchette, du vagin, de l'utérus, et la rupture de cet organe ; les fistules vésico-vaginales, urétro-vaginales et recto-vaginales, enfin les corps étrangers accidentellement introduits dans les cavités génitales.

IV$_e$ SECTION.

LÉSIONS

VITALES.

Comprenant les phlegmasies, les transformations, les productions et toutes les dégénérescences pathologiques telles que : le phlegmon, le carcinôme, l'œdème, les kystes, les varices, les tumeurs fibreuses et sanguines des grandes lèvres, l'inflammation et les tumeurs fongueuses des petites lèvres, le carcinôme du clitoris et celui du méat urinaire ; l'érysipèle, le prurigo, les chancres vénériens et les excroissances syphilitiques de la vulve, la vaginite aiguë, la vaginite chronique et tous les écoulements blancs ; la métrite aiguë et la métrite chronique ; la phlébite utérine, les ulcérations, les excoriations, les tumeurs fongueuses et les engorgements du col utérin ; le squirrhe, le cancer, le carcinôme, la putrescence, le ramollissement, l'hydropisie et la tympanite de la matrice ; la métrorrhagie, le développement de polypes, de tumeurs fibreuses, de calculs, d'hydatides, de concrétions sanguines et lymphatiques dans la cavité utérine ou dans le corps de l'organe, le squirrhe, le cancer, les tumeurs enkystées et l'hydropisie de l'ovaire ; enfin le cancer des mamelles.

Ve SECTION.

LÉSIONS

DE

FONCTIONS.

Comprenant les névroses, les névralgies et les dérangements des fonctions des organes sexuels de la femme, telles que : la cessation des règles et tous les phénomènes sympathiques de l'âge de retour ; l'hystérie, la nymphomanie, la fausse grossesse nerveuse, l'hystéralgie ; l'anaphrodisie, l'inertie de l'uterus; la mastodynie, la chlorose, la dysménie, l'aménie, l'aménorexie, l'aménorrhée, la dysménorrhée, la ménorrhagie, la ménostase et toutes les anomalies de la menstruation.

VIe SECTION.

LÉSIONS RELATIVES A LA REPRODUCTION

Comprenant tous les accidents et tous les phénomènes sympathiques de la conception, de la grossesse, de l'accouchement et de la lactation, parmi lesquels nous rangeons : Les faux germes, les môles, la grossesse extra-utérine ; l'avortement, les appétits bizarres, l'anorexie, l'odontalgie, le ptyalisme, les convulsions, les vomissements, les crampes nerveuses de l'estomac, les coliques nerveuses, la constipation, la diarrhée, le ténesme, la dysurie, l'ischurie, les hernies qui compliquent quelquefois la gestation, la dyspnée, la toux, l'hémoptysie, l'hématémèse, l'épistaxis, la pléthore sanguine, les palpitations, la syncope, les varices, les hémorrhoïdes, l'œdème des extrémités, la céphalalgie, l'insomnie, les convulsions, les névroses de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, les douleurs névralgiques des lombes, des reins, des aines, du pubis, des grandes lèvres, des cuisses ; les contusions et les déchirures des parties génitales, le renversement de la matrice et du vagin ; la péritonite puerpérale, la fièvre de lait ; la phlébite des veines utérines et ovariques, celles de la veine cave inférieure et des veines crurales ; les névrites des nerfs sciatiques, cruraux, sous-pubiens ; l'œdème douloureux ; les abcès phlegmoneux du mont de Vénus et des grandes lèvres, des muscles psoas et iliaques, l'absence, la diminution, la suppression ou la trop grande abondance des lochies, l'éruption miliaire ; la polygalactie, l'agalatie, la rétention du lait dans les mamelles, son écoulement involontaire, ses altérations, enfin les engorgements laiteux, les fistules mammaires, les gerçures, les excoriations, l'aplatissement, l'imperforation, l'absence et la multiplicité des mamelons.

PREMIÈRE SECTION.

CHAPITRE V.

LÉSIONS DE FORME ET DE DÉVELOPPEMENT.

Vices primitifs et accidentels des organes sexuels de la femme.

S'il est des vices de conformation des parties génitales de la femme qui sont au-dessus des ressources de l'art, tels que l'absence de la matrice et du vagin, l'ouverture de ce canal dans la vessie ou le rectum, l'imperforation de la trompe de *Fallope,* l'absence de l'ovaire, etc., etc., il en est d'autres auxquels il est possible de rémédier, dans un assez grand nombre de cas; parmi les lésions de cette dernière espèce, nous rangeons l'union complète ou partielle des grandes lèvres, celle des nymphes, leur longueur excessive, le trop grand développement du clitoris, l'occlusion du méat urinaire, l'imperforation, l'oblitération, l'obturation, l'étroitesse congéniale et le rétrécissement accidentel du vagin; enfin l'occlusion du col de la matrice.

OCCLUSION DES ORGANES SEXUELS.

L'occlusion des organes génitaux de la femme, observée dès la plus haute antiquité par les mé-

decins de la Grèce (1), était appelée *clausura* par les Latins (2), *alratica* par les Arabes (3), *phymosis* par *Galien* et *Paul d'Egine* (4), *phymon* par A. *Paré* (5); enfin, la plupart des auteurs français de notre époque l'ont désignée par les mots *atrétisme* (6), *atrésie*, *imperforation*.

Quoique les mots *union*, *imperforation*, *oblitération* et *obturation* ne soient pas des synonymes et présentent à l'esprit des idées tout-à-fait différentes, on désigne souvent par l'une de ces trois expressions, l'occlusion des parties génitales, quels qu'en soient le siége, la nature et les causes.

Afin d'établir une division plus exacte et pour donner aux mots *union*, *imperforation*, *oblitération* et *obturation* le sens véritable qu'ils doivent exprimer, nous les distinguerons de la manière suivante :

Nous consacrerons le mot *union*, pour exprimer

(1) Les filles qui présentaient ce vice de conformation recevaient, chez les Grecs, l'épithète de ἀτρηται; chez les Romains, elles avaient celle de *imperforatæ*, *clausæ*, *velatæ*. Cicéron, *de divinat*, lib. III, parle d'un songe où l'on avait vu une femme, *quæ obsignatam habebat naturam*, et *Pline* rapporte que *Cornélie*, la mère des Gracques, était née avec une imperforation des parties sexuelles ; *concreto genitali nata fuit* (Hist. natur., lib. 7, cap. 16).

(2) *Celse*, lib. 7, cap. 28. *Aetius*, lib. 16, cap. 97.

(3) *Avicennes*, 21, 3, tract. 4, cap. 1, et *Albucasis*, lib. 2, cap. 72.

(4) *Paul d'Egine*, lib. 3, cap. 73, et lib. 6, cap. 71 et 72.

(5) *A. Paré*, liv. 4, chap. 59, page 998.

(6) Du grec α, privatif et de τρητος, *troué*, *sans ouverture*.

l'adhérence congéniale et accidentelle des grandes lèvres et des nymphes.

Les mots *imperforation*, *atrétisme*, *atrésie*, *imperforatio*, *atresia*, indiqueront l'occlusion de la partie inférieure et antérieure du vagin, qui est complète ou incomplète, accidentelle ou congéniale, et qui peut être occasionnée soit par la présence de l'hymen ou un autre repli membraneux imperforé, soit par des brides celluleuses ou cellulo-fibreuses, présentant diverses directions et placées à une hauteur variable dans le canal vulvo-utérin.

Le mot *oblitération*, du verbe latin *obliterare*, exprimera, non seulement le rétrécissement accidentel du vagin, mais encore l'adhérence immédiate des parois de ce canal, dans toute sa longueur, dans sa partie moyenne ou vers l'une de ses extrémités. L'oblitération qui est *toujours accidentelle*, peut donc comme l'imperforation, être complète ou incomplète.

Enfin, le mot *obturation*, du latin *obturare*, sera destiné à indiquer l'occlusion plus ou moins complète de la matrice ou du vagin qui peut être déterminée lorsqu'elle est accidentelle, par des excroissances, des polypes, des hydatides, des tumeurs de différente nature, ou lorsqu'elle est congéniale, par une substance intermédiaire, fibreuse, celluleuse ou cellulo-fibreuse.

L'occlusion des organes génitaux de la femme, quelles qu'en soient la nature et la cause, mérite d'au-

tant plus de fixer l'attention des médecins, qu'elle s'oppose à l'exercice de plusieurs fonctions importantes et que souvent elle peut non seulement compromettre la santé, mais même la vie et l'honneur du sexe intéressant qui est destiné par la nature à faire presque tous les frais de la reproduction.

Comme ce sujet a été très peu étudié et qu'on en fait à peine mention dans tous les ouvrages qui traitent des maladies des femmes, nous nous étendrons plus longuement que tous nos devanciers, sur l'histoire, l'étiologie, les signes différentiels, le diagnostic et le traitement des diverses occlusions primitives ou accidentelles des organes sexuels. Nous traiterons également dans le même chapitre de tous les autres vices de conformation congéniaux ou développés après la naissance et à toutes les époques de la vie.

DE L'UNION DES GRANDS LÈVRES ET DES AUTRES VICES DE CONFORMATION DE LA VULVE ET DE TOUTES LES PARTIES GÉNITALES EXTERNES DE LA FEMME.

Quelquefois on voit naître des petites filles avec une adhérence plus ou moins complète des grandes lèvres, de telle sorte que ces deux replis de la vulve se trouvent réunis dans une partie ou dans la totalité de leur étendue.

Lorsque l'adhérence est complète, on n'aperçoit

qu'une sorte de raphé sans clitoris, ni vagin, ni orifice urétral; les grandes lèvres qui sont proéminentes forment une tumeur molle, élastique, fluctuante, et l'on remarque au-dessus du pubis une élévation arrondie, qui est produite par l'accumulation de l'urine dans la vessie, et qui, à la moindre pression détermine de vives douleurs.

Cette absence complète de la fente vulvaire, résultat d'un vice congénial, est annoncée dans les premiers jours de la vie par des cris continuels de l'enfant et par tous les symptômes propres à la retention d'urine. Dans ce cas la mort est certaine si l'on n'a promptement recours à une opération qui consiste à rétablir les ouvertures naturelles.

Chez quelques sujets dont la vulve n'est pas imperforée dans toute son étendue, l'urètre est assez ouvert pour donner passage à l'urine; chez quelques autres, ce liquide ne sort que goutte à goutte et avec d'autant plus de difficulté, que l'adhérence des grandes lèvres est plus considérable et laisse plus ou moins libre l'orifice du méat urinaire. Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsque l'urine peut être évacuée facilement, l'infirmité dont il s'agit ne trouble pas la santé de la jeune fille, et ce n'est qu'à l'époque de la puberté qu'elle donne lieu à des accidents causés par la rétention du fluide menstruel dont nous nous occuperons dans un autre chapitre.

Lorsque l'union partielle des grandes lèvres oc-

cupe la partie inférieure de la vulve, il y a toujours un écoulement de l'urine dans le vagin, qui par son accumulation peut produire des ravages, tels que l'ulcération des parois de ce canal, des fistules du rectum et du périnée, et une foule d'autres accidents.

Schultzius (1) rapporte qu'une petite fille de quatre ans ne rendait ses urines, depuis sa naissance, que goutte à goutte et avec des difficultés et des douleurs extrêmes. Les parents de cette enfant croyant qu'elle avait une pierre dans la vessie, consultèrent un chirurgien qui reconnut l'union presque complète des grandes lèvres, et qui fit cesser leur adhérence et rétablit le cours facile de l'urine, au moyen d'une incision faite avec un bistouri à lame convexe.

L'union complète ou partielle des grandes lèvres n'est pas toujours congéniale; elle peut dépendre de certaines maladies accidentelles: ainsi elle est quelquefois causée par une vive inflammation de la vulve, survenue spontanément ou à la suite d'un accouchement laborieux (2), d'une brûlu-

(1) Schultzius, *miscel. cur. germ. obs.* 3, *decemb.* 1, *anno* 10.

(2) Marcellus Donatus, *de Medica, histor. mirab*, lib. 6, cap. 2. Riolan le père, art. *bene medendi*, sect. 4, tract. 2, cap. 1. Félix Plater, *Observ.*, lib. 1, p. 258. Gaspard Bauhin, *Teatr. anatom.*, lib. 1, cap. 39, et *de Hermaphroditis*, lib. 1, cap. 38. Fabrice de Hilden, *Observat. centur.*, lib. 6, obs. 67. Riolan le fils, *Enchirid. anatom.*, lib. 11, cap. 37, et *Antropograph.* lib. 2, cap. 35, p. 197. Thomas Bartholin, *Histor. anatom.*,

re (1), d'une affection vénérienne (2), d'une blessure ou d'une déchirure (3). Elle peut être également dé-

cent. 11, histor. 31. Rudolph, Jacob, Camerarius, *Misc. nov. curios. german.*, centur. 9 et 10, obs. 73. J. Conrad Beckerus, *de inculpata*, § 18 et suiv. *Roonhuysen.* Observ. chirurg. Observ. 2, page 125. *Heister*, Institutiones chirurg. Tom. II. page 952.

(1) *G. de Sorbait, Ephem. curios. natur. de cur.* 1, ann. 3, observ. 273, et *Chambon* qui, *dans son Traité des maladies des femmes*, chap. 37, page 299, rapporte, d'après cet auteur, qu'une jeune fille de huit ans qui se chauffait avec un pot de terre rempli de charbons embrasés, et recouvert de cendres, fit un mouvement qui renversa son vase, de manière qu'il en résulta une brûlure de la vulve et de la partie inférieure du vagin. Comme on apporta peu d'attention aux suites de cet accident, les deux bords internes des grandes lèvres se réunirent en se cicatrisant, et il ne resta au milieu de la vulve qu'un petit trou, par lequel les règles s'écoulèrent régulièrement à chaque époque. Plus tard, cette jeune fille se livra aux caresses d'un jeune homme qu'elle aimait, et devint enceinte malgré l'étroit diamètre de son orifice vulvaire. On incisa d'abord les adhérences depuis l'ouverture par laquelle les règles s'écoulaient ordinairement, jusqu'au dessous de l'orifice de l'urètre; mais la dilatation n'étant pas suffisante pour le passage du fœtus, l'incision fut prolongée, et l'accouchement se termina heureusement.

(2) Anton. Beniveni, *de abditis nonnullis morb. et san. causis*, cap. 31, et la *Lancette Française, Gazette des Hôpitaux*, n. 31, t. VII. Mars 1833.

(3) L'illustre *Dupuytren* a rapporté, dans ses *Leçons orales*, qu'une jeune fille, séduite et devenue mère, fut accouchée avec précipitation et violence; il en résulta une profonde déchirure au périnée, et une vive inflammation à la vulve. Le savant professeur ayant été appelé, pratiqua trois points de suture; deux ans s'étaient écoulés sans qu'il entendît parler de cette jeune personne, lorsqu'elle se présenta à lui pour le prier de ne pas

terminée par le frottement prolongé d'un corps dur(1), par le coït répété plusieurs fois de suite (2), par les ex-

faire connaître son aventure à son mari, qui devait venir le lendemain lui demander un conseil. Il vint en effet consulter *Dupuytren* sur les moyens de vaincre la résistance que présentait la *virginité* de sa femme à l'accomplissement du mariage. Bientôt, au moyen d'une seconde opération pratiquée par l'habile chirurgien, le mari, bien certain de la vertu de sa femme, put jouir sans efforts de toutes ses prérogatives conjugales. Les annales de la science possèdent un grand nombre de faits du même genre; nous avons eu occasion d'en observer un, non moins curieux à l'hôpital de la Charité, dans les salles du baron *Boyer*.

(1) *Arnaud* (observ. 1, page 44), cite l'observation d'une jeune fille qui, étant montée sur une ânesse, eut les parties génitales excoriées et vivement irritées par le frottement prolongé qui résulta du train rude de l'animal, et de la dureté de son bât. La jeune cavalière n'ayant apporté aucun soin à cet accident, ses grandes lèvres se joignirent, sans qu'elle osât en parler; et bientôt sa vulve ne présenta plus que deux petits trous, l'un au milieu, par où s'écoulèrent les règles, et l'autre en haut, vis-à-vis le méat urinaire. Malgré son occlusion vulvaire à peu près complète, cette jeune personne se maria, et devint enceinte. Le temps des couches arrivé, on incisa la cohérence avec des ciseaux boutonnés, et l'accouchement fut très heureux.

(2) En 1814, il se présenta à l'Hôtel-Dieu de Paris, une jeune femme âgée de 24 ans, bien constituée et d'un tempérament sanguin. Elle venait demander des conseils pour une tumeur qu'elle portait dans le ventre, et qu'elle croyait devoir attribuer à la cessation de ses règles. Après un examen attentif des organes sexuels, on reconnut que la vulve était oblitérée complètement, que la matrice était fort distendue, et présentait à l'hypogastre un globe assez semblable à celui qu'on remarque vers le sixième mois de la gestation. Interrogée avec soin sur la cause qui avait pu donner lieu à son affection, elle avoua qu'é-

coriations résultant de l'âcreté de l'urine chez les petites filles au maillot (1), enfin par la présence de gros boutons varioliques en suppuration (2), et une foule d'autres circonstances capables de déterminer une vive inflammation vers les parties génitales.

Il est encore une cause d'atrésie plus ou moins complète de la vulve, qui à la vérité n'existe que chez les peuples orientaux. Plusieurs auteurs, en-

tant surprise par des cosaques dans la forêt de Fontainebleau, elle avait été contrainte par la force de souffrir les caresses de plusieurs d'entre eux, et que c'était à la suite de ces indignes violences, qu'elle attribuait en réalité sa maladie. Malgré l'emploi des saignées, l'application des sangsues, les bains, les fomentations, les narcotiques, etc., la situation de cette femme devint si dangereuse, que *Dupuytren* n'hésita pas de débrider, par une incision, l'adhérence des grandes lèvres, ce qui donna lieu à un écoulement copieux d'un sang noir putréfié, et exhalant une odeur infecte. De peur de nuire à la sortie des matières si long-temps contenues, on n'appliqua aucune espèce d'appareil. Le lendemain, un calme profond avait succédé à des angoisses les plus fortes ; la tumeur abdominale était réduite à un petit volume. L'écoulement fut encore assez considérable et toujours sanguinolent ; la fièvre de suppuration dura peu de jours, et l'écoulement qui était devenu puriforme, finit bientôt par n'être plus que muqueux. Pour empêcher une nouvelle cohésion de la vulve, on recommanda à la malade d'introduire de temps en temps dans le canal vulvo-utérin un corps dilatant, et bientôt la guérison ne tarda pas à être parfaite. Ce fait curieux est rapporté avec beaucoup plus de détails dans la *Lancette Française*, n. 31, 6e année, t. 7.

(1) *Isbrand de Diemerbroeck*, Anat. du corps hum., lib. 1, cap. 26.

(2) *Becker*, le fils, in Pædioctonia inculpata, etc., page 35 ; *Boyer*, Malad. chirurg., t. X, p. 379.

tr'autres *Sinibaldus* (Geneanthropeiæ, lib. 4, cap. 12); *Rodericus à Castro* (lib. 1, cap. 3), et *Gaspard Bauhin* (lib. 1, cap. 10), rapportent que, dans l'Éthiopie, on assure la virginité des filles dès l'instant de leur naissance, en réunissant les bords de leurs parties sexuelles. Cousues au moyen d'un cordon de soie, on n'y laisse d'ouverture qu'autant qu'il en faut pour les écoulements naturels. Au moment des noces, le mari, jaloux de jouir de ses droits, pratique lui-même la section qui doit donner accès à son amour.

L'atrétisme de la vulve n'est pas toujours la suite inévitable des causes que nous venons de signaler; s'il peut avoir lieu dans ces dernières circonstances, c'est que les inflammations plus ou moins vives qui en sont la conséquence, ont été négligées ou mal traitées.

Quelle que soit la cause de la symphise vulvaire, il faut y remédier en rétablissant ou en complétant l'ouverture externe du vagin au moyen d'un bistouri conduit sur une sonde cannelée, et dirigé longitudinalement au milieu du raphé anormal, qui est formé par l'aglutination des grandes lèvres. Pour prévenir la réunion des parties, il faut, jusqu'après leur cicatrisation complète, interposer dans la division qu'elles présentent, un corps intermédiaire tel que de la charpie, ou encore mieux une petite compresse enduite de cérat. Lorsque l'occlusion est complète, il

faut opérer le plus tôt possible après la naissance, car le moindre retard peut déterminer des accidents mortels. Dans le cas contraire, si l'union incomplète des grandes lèvres, ayant laissé libre le cours de l'urine, n'a été reconnue que vers l'âge de la puberté, c'est-à-dire par des symptômes déterminés par l'accumulation du fluide menstruel dans le vagin et dans la matrice, il faut opérer comme dans le premier cas; mais nous pensons qu'il serait avantageux de ne pratiquer d'abord qu'une petite incision et de laisser l'écoulement du sang se faire lentement afin que les parties, distendues par ce fluide, puissent revenir petit à petit sur elles-mêmes et éviter ainsi les inflammations souvent mortelles qui suivent les évacuations trop subites des liquides contenus dans les cavités viscérales. Pour aider à déterger les organes génitaux, on devra avoir recours à des lotions émollientes, et des bains généraux qui seraient remplacés, selon les circonstances et la marche des accidents par des injections détersives et quelquefois même antiseptiques.

Lorsque l'écoulement du sang sera achevé, et lorsque les parties auront repris leur état normal, on devra alors, si on a suivi la méthode que nous avons conseillée, compléter l'opération, c'est à-dire terminer l'adhérence des grandes lèvres au moyen d'une seconde incision faite de la même manière que la première.

Soit que l'on opère peu après la naissance, soit que la nature permette d'attendre à une autre époque, nous conseillons, lorsqu'on aura terminé la division du raphé anormal de la vulve, non-seulement de fixer un linge enduit de cérat entre les bords de la plaie, mais encore de toucher avec du nitrate d'argent toute la surface libre et interne d'une *seule* des grandes lèvres. Ces deux replis ne se trouvant plus dans les mêmes conditions au moyen de la cautérisation pratiquée d'un seul côté, il résultera qu'ils auront beaucoup moins de tendance à se réunir et qu'on obtiendra plus facilement l'heureux résultat qu'on doit attendre de l'opération.

La réunion même incomplète des grandes lèvres devient toujours un obstacle à la copulation et quand la conception a pu avoir lieu lors même que le membre viril n'a pas été introduit, ainsi que les annales de la science en présentent des exemples, ce vice de conformation a persisté jusqu'à l'accouchement qui n'a pu s'opérer qu'après la division du raphé anormal de la vulve.

DE L'UNION DES NYMPHES OU PETITES LÈVRES.

L'adhérence congéniale des nymphes, qui accompagne toujours l'union complète des grandes lèvres, peut exister isolément et être le résultat d'un vice primitif ou accidentel.

Nous avons eu occasion d'opérer cette année (février 1837) une petite fille de deux ans que l'on croyait atteinte de la pierre, parce qu'elle éprouvait un grand obstacle dans l'émission de son urine. Ayant reconnu, par un examen attentif, que cette difficulté avait pour cause l'union congéniale des petites lèvres qui semblaient manquer tout à fait, ou plutôt être remplacées par une membrane charnue de forme triangulaire, d'un rouge vif, et fixée à angle droit sur le lieu qu'occupe ordinairement le méat urinaire en présentant à sa base légèrement échancrée, une petite ouverture dirigée obliquement du bas en haut. Une petite sonde de gomme élastique, introduite dans cette sorte d'orifice urétral, fut promptement arrêté par un cul de sac étroit et de quatre ou cinq lignes de profondeur. Cette disposition anatomique explique pourquoi l'urine ne pouvait s'échapper en avant et était forcée de s'écouler en nappe obliquement en arrière et de haut en bas, en baignant continuellement la face interne des grandes lèvres et la fosse naviculaire, qui était devenue le siége d'une vive inflammation déterminée par le contact presque permanent du fluide vésical.

Ayant porté derrière l'adossement des petites lèvres l'extrémité d'une très petite sonde à lame cachée, inventée par nous pour opérer les fistules à l'anus, et débrider toutes les hernies, nous détruisîmes l'adhérence d'un seul coup en faisant basculer la

lame de l'instrument qui agit à la manière du lithotome. Pour éviter le plus possible l'adhésion consécutive des surfaces sanglantes, nous touchâmes d'un seul côté un des bords libres de la plaie avec le nitrate d'argent : cependant cette précaution ne nous paraît pas indispensable, parce que le contact fréquent de l'urine, probablement doit suffire pour s'opposer à une nouvelle agglutination.

M. le professeur *Dugès* dit, dans *le Traité des maladies de l'utérus* qu'il a publié avec madame *Boivin*, qu'on lui présenta une jeune fille pour examiner à quelle cause tenait la difficulté d'uriner qui lui était habituelle. L'urine s'échappait par un étroit pertuis au voisinage du clitoris; un stylet porté dans ce trou ne pénétra pas dans la vessie; mais dirigé horizontalement d'avant en arrière, il se porta dans le vagin tout près de son orifice externe; les nymphes n'existaient point en apparence; nous reconnûmes, ajoute M. *Dugès*, qu'elles étaient soudées, et faisaient un canal étroit et comme posé à angle droit sur l'orifice de l'urètre, de manière à recevoir les urines, à les arrêter dans leur émission, pour les laisser échapper partie en avant, partie en arrière. » Cette observation ne diffère de celle que nous avons donnée plus haut, qu'en ce sens seulement, que l'écoulement de l'urine avait lieu tout à la fois en avant et en arrière, tandis que chez la jeune fille que nous avons opérée, le fluide cystique

s'échappait en nappe d'un seul côté, c'est-à-dire, obliquement d'avant en arrière. Nous ajouterons que le docteur *Buet* a publié une observation qui diffère peu de celles que nous venons de faire connaître (*Journ. compl.*, t. 39, p. 223).

Les moyens chirurgicaux, propres à remédier à ces vices de conformation, consistent simplement à séparer par une incision les petites lèvres sur le trajet de leur adossement, en dirigeant le bistouri, comme l'a fait M. *Dugès*, sur une sonde canelée, et avec les précautions que nous avons indiquées en parlant de la symphise des grandes lèvres. La sonde à lame cachée dont nous nous sommes servi, qui offre à peine une demi-ligne de diamètre, remplit parfaitement cette indication et rend l'opération plus prompte et exempte de tout danger, malgré les mouvements de l'enfant.

DU PROLONGEMENT EXCESSIF DES PETITES LÈVRES.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, page 62, les petites lèvres sont, comme le clitoris, susceptibles de s'alonger d'une manière si considérable, que non-seulement elles gênent dans le coït, mais que, par le frottement qu'elles éprouvent pendant la marche, elles s'enflamment, s'excorient et s'ulcèrent au point qu'on est quelquefois obligé d'en faire l'excision.

Cette opération, très-commune en Egypte (1), en

(1) *Sonini.* Voyage en haute et basse Egypte. Tom. I.

Perse, en Ethiopie (1), en Syrie, chez les Coptes (2), les Arabes et les peuples qui habitent les côtes de Malabar (3), est passée en usage, et même a pris force de loi (4) chez presque tous les peuples d'Orient, dont les femmes comme celles de l'espèce nègre, ont, en général, des nymphes extrêmement prolongées.

Cependant plusieurs voyageurs rapportent que toutes les femmes ne sont pas soumises à cette opération, et qu'elle n'est pratiquée d'une manière générale que dans certaines contrées de l'Arabie et de la Perse situées vers le golfe Persique et la mer d'Ormus (5); les Abyssines, quoique chrétiennes, et les femmes du royaume de Juida, qui ne sont également ni Juives ni Mahométanes, conservent encore cette ancienne coutume (6), que la jalousie des Orientaux n'inventa pas, mais dont elle sut du moins profiter. Dans le but de prévenir une prétendue difformité, on opérait toutes les jeunes filles dès qu'elles étaient nubiles, parce qu'on était

(1) *Léon l'Africain.* Lib. III. *Démarchais.* Voyages, Tom III. chap. VII, page 158.

(2) *Belon.* Observat., page 426.

(3) Voyages de *Thévenot*, cap. 32.

(4) *Paul d'Egine*, lib. IV, cap. 70. *Ætius*, tetrab. IV. *Strabon*, lib. VII.

(5) *Chardin*, Voyages en Perse, t. III, p. 207. *Wlessling*, page 149.

(6) *Bellon*, lib. III, Observ., cap. 38. *Démarchais*, (loco citat).

persuadé qu'en raccourcissant les nymphes dans une juste mesure, et en diminuant d'autant les frottements, on ôtait à l'amour son principal aiguillon. Les Turcs auraient encore un autre but en faisant pratiquer la nymphotomie : ils veulent, suivant la remarque de *Sonini*, trouver, dans les plaisirs de l'amour, une surface lisse, polie et dépourvue entièrement d'inégalités et de saillies. Au rapport de *Léon l'Africain* (lib. VIII), il y a, dans certaines contrées de l'Afrique, où l'accroissement des nymphes est très-commun, des hommes qui n'ont d'autre métier que de retrancher ce que la nature a trop développé dans les parties externes de la génération. Le même auteur ajoute que ces *circonciseurs* de femmes crient à haute voix dans les rues : *Quelle est celle qui veut être coupée?* Dans son voyage en la haute et la basse Egypte, publié en 1799, *Sonini* rapporte également que dans ce pays l'excision des nymphes et du clitoris se pratique encore sur les jeunes filles de sept à huit ans, et que cette opération est faite tous les ans au commencement de la crue du Nil, par des femmes de la haute Egypte qui crient dans les rues du Caire : *à la bonne circonciseuse.* Un rasoir et une pincée de cendre suffisent pour opérer ce genre d'excision.

Si la nymphotomie a pu encore avoir pour origine l'incommodité qu'entraîne la longueur démesurée des petites lèvres, il est possible qu'elle ait été établie

pour entretenir la propreté des parties sexuelles; car il s'amasse, entre les nymphes et le clitoris, des matières sébacées, blanches, âcres, stimulantes, qui exhalent des miasmes fétides, surtout chez les négresses et les femmes coptes, dont les nymphes sont très longues.

Les jésuites portugais qui, dans le seizième siècle, convertirent au christianisme les peuples de l'Abyssinie, voulurent abolir cette pratique comme étant un reste de mahométisme; mais les filles non circoncises ne trouvaient plus de maris, et on les regardait comme tellement immondes que l'on brisait les vases dans lesquelles elles avaient mangé. Le pape, d'après l'avis de plusieurs chirurgiens envoyés sur les lieux, autorisa la circoncision, qui fut regardée comme nécessaire et comme un moyen d'hygiène et de propreté pour les femmes.

Quoique le trop grand développement des petites lèvres soit une anomalie assez rare en Europe, surtout dans nos climats, cependant, on voit quelquefois ces replis membraneux dépasser le niveau de la vulve de plusieurs lignes, et même de plusieurs pouces. Lorsque l'augmentation du volume des nymphes est accidentel, il peut dépendre d'un gonflement inflammatoire, d'un relâchement des tissus ou d'un accroissement de nutrition; dans ce cas, la portion saillante de ces replis membraneux étant irritée et douloureusement affectée par les frottements des vêtements, et

même le mouvement des cuisses, il résulte que le bord libre s'ulcère, et que la femme est forcée de rester dans l'inaction; le plus souvent, les bains, les fomentations émollientes et narcotiques, le repos, la situation horizontale, etc., suffisent pour dissiper cet alongement accidentel des nymphes; mais, dans quelques cas, ils sont insuffisants et on est forcé d'avoir recours à la nymphotomie. *Mauriceau* (Observ. CLXXIV) rapporte, « qu'une dame le requit fortement de lui faire cette opération, tant parce qu'étant obligée d'aller souvent à cheval, l'alongement de ses nymphes lui causait, par leur froissement, une douloureuse cuisson, que parce que cette indécence lui déplaisait extrêmement, aussi bien qu'à son mari. » (Page 30, Traité des maladies des femmes.)

La longueur excessive des petites lèvres n'est pas la seule circonstance qui rende leur excision nécessaire; ainsi on doit y avoir recours lorsqu'elles sont fongueuses, squirrheuses, carcinomateuses, ou affectées de gangrène, etc., déterminées soit par une contusion ou une lésion à la suite d'un accouchement laborieux, soit par la maladie vénérienne, ou même sous l'influence d'une cause non appréciable.

L'excision des nymphes, qui a été décrite par *Galien* (1), *Aetius* (2), *Paul d'Egine* (3), *Mo-*

(1) *Gallien*, de usu partium.
(2) Tetrabibl. Lib. IV. Serm. 4.
(3) *Paul* d'Egine, Lib. VI.

schion, *Suidas* (1), *Albucasis* (2), *Avicène* (3), *Mathias Zimmermann* (4) *Dionis*, *Levret*, et plusieurs auteurs modernes, se pratique de la manière suivante : la femme étant placée comme nous l'avons indiqué pour l'application du spéculum, l'opérateur, après avoir écarté les grandes lèvres, saisit, avec une pince à large mords ou avec les trois premiers doigts de la main gauche, la nymphe du même côté, puis il doit en faire la section avec de forts ciseaux courbés sur leur plat, et tenus de la main droite. Après cette première section, la main droite saisit la nymphe correspondante, qui, à son tour, est coupée comme la première, mais, alors, de la main gauche. Si l'on n'a recours à cette opération que parce que les nymphes sont trop grandes, il faut avoir le soin de n'enlever que la portion excédante ; dans le cas où on aurait opéré parce que les petites lèvres seraient affectées de gangrène ou d'un état cancéreux, il faudrait mesurer l'excision sur l'étendue du mal, et porter l'instrument jusque sur les tissus sains. L'opération étant terminée, on introduit une sonde de gomme élastique dans le canal de l'urètre, qu'on y fixe et qu'on y laisse à demeure. Le pansement sera fait sur les deux plaies avec de la char-

(1) Lexic. page 81.
(2) Lib. II. Cap. VII.
(3) Lib. III. fen. 21. tract. V. Cap. 24.
(4) De Æthiopum circoncis. Cap. 9.

pie sèche, soutenue par de petites compresses étroites et par un bandage en double T percé dans l'endroit qui correspond au pavillon de la sonde.

Si, comme il est arrivé à *Mauriceau*, l'opération était suivie d'hémorrhagie copieuse, ce qui est peu à craindre, car les vaisseaux des nymphes sont très-petits, on se rendrait facilement maître du sang au moyen de lotions alumineuses; si ce moyen était insuffisant, on aurait recours à l'application, sur la plaie, de petits morceaux d'agaric coupés en cône, ou à des boulettes de charpie saupoudrées de colophane, et soutenues par un bandage compressif. On pourrait également employer la cautérisation avec le nitrate d'argent ou le fer rouge, et si l'artère était un peu considérable, il vaudrait mieux en faire la ligature.

DÉVELOPPEMENT ANORMAL DU CLITORIS ET RÉSECTION DE CET ORGANE.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, page 58, le clitoris peut acquérir des dimensions qui surpassent quelquefois celles du pénis de l'homme. Il est facile de concevoir comment l'exubérance du développement de cet organe peut gêner la copulation (1), et devenir la

(1) *Paul Zachias*, médecin du pape Inocent X, qui, quoique diffus, s'est distingué dans ses ouvrages par une immense érudition et un bon jugement, parle d'une dame romaine qui ne pouvait co-habiter avec son mari, parce que son clitoris,

source d'une dépravation aussi honteuse que dégoûtante (1). Afin de prévenir les inconvénients et les habitudes funestes dont cette anomalie et la sensibilité excessive du clitoris sont ordinairement la cause (2), on a conseillé la résection de cet appendice, comme on la pratique dans certaines affections morbides qui sont de nature cancéreuse.

Pour pratiquer cette opération, qui est extrêmement simple, la femme doit être placée comme pour l'application du spéculum. Après avoir saisi la partie à retrancher avec une petite érigne ou une pince à disséquer, on l'emportera d'un seul coup, soit avec des ciseaux courbés sur leur plat, soit avec un bistouri coupant en dédolant, et aussi près que possible du pubis. L'hémorrhagie qui succède à cette opération s'arrête presque toujours seule ; dans le cas contraire, on aura recours à la ligature ou à la cautérisation avec le nitrate d'argent ou un fer rougi au feu.

extrêmement développé, était alors en érection, et formait ainsi un obstacle au rapprochement sexuel (*questiones medico-legales*. Avenione, pars prima, in-f°, 1660).

(1) *Martial*, lib. I, adresse ces vers latins à une certaine tribade, nommée *Bassa*, qui était sa contemporaine :

Esse videbaris, fateor, Lucretia nobis ;
At tu, pro facinus! *Bassa,* fututor eras
Inter se geminos audes committere cunnos,
Mentiturque virum prodigiosa Venus.

(2) *Avicenne* ou mot *Albathara*, c'est-à dire clitoris, conseille de retrancher cet organe chez les femmes qui peuvent en abuser par sa longueur.

IMPERFORATION ET RÉTRÉCISSEMENT DU CANAL DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME.

Si l'imperforation du méat urinaire est le plus souvent une conséquence de l'union complète des grandes lèvres, cette conformation anormale existe quelquefois seule, et, dans ce cas, l'orifice externe du canal de l'urètre se trouve bouché par une membrane qui, bien que mince et friable, s'oppose à l'excrétion de l'urine.

On doit supposer l'existence de cette disposition lorsque, les grandes lèvres n'étant pas adhérentes, le linge et la couche de l'enfant ne sont pas mouillés, et que, même après avoir rendu facilement et abondamment tout son méconium, il continue de pousser des cris plaintifs et de faire des efforts inutiles. Il faut encore joindre à ces symptômes l'élévation progressive de la région hypogastrique, qui est tendue, douloureuse, résistante et arrondie, et présente une saillie de plus en plus apparente.

La membrane qui s'oppose à l'écoulement de l'urine peut être bornée à l'orifice de l'urètre, ou s'étendre plus ou moins avant dans le trajet de ce canal. Dans le premier cas, qui est le plus fréquent, et auquel on remédie le plus facilement, la membrane se gonfle à chaque effort et même à chaque cri de l'enfant; dans le second cas, c'est-à-dire, lorsque l'imperforation s'étend à une grande partie de la longueur

de l'urètre, on n'aperçoit aucune membrane, et l'opération devient plus difficile, et surtout très-dangereuse.

Lorsque le canal est bouché seulement à son orifice vulvaire, il suffit, pour établir le cours de l'urine, de porter la pointe d'un bistouri étroit à l'endroit où le méat est indiqué par le gonflement de la membrane, et de laisser pendant quelques jours une petite sonde dans l'urètre. Nous devons cependant ajouter que cette dernière indication non seulement n'est pas indispensable, mais même qu'elle nous paraît inutile, parce que le contact de l'urine et son passage fréquent suffisent presque toujours pour prévenir la réunion des lèvres de la plaie.

Au moyen d'une ouverture anormale de l'ombilic, qui est plus fréquente chez les enfants du sexe féminin, la nature obvie quelquefois à l'imperforation du canal de l'urètre. Immédiatement après la naissance, la vessie, qui est encore presque entièrement placée hors du bassin, se rapproche de l'ombilic, et l'oblitération incomplète de l'organe facilite l'établissement de cette voie supplémentaire d'excrétion.

Lorsque cette anomalie se rencontre chez un enfant en bas âge, il faut d'abord inciser, comme nous l'avons déjà indiqué, la membrane obturatrice du méat urinaire, et introduire ensuite dans l'urètre une petite sonde de gomme élastique, afin d'amener l'urine à prendre son cours naturel. On devra se con-

duire de la même manière à quelqu'époque de la vie que l'on rencontre une semblable disposition.

Barthélemi Cabrol, habile chirurgien de Gaillac, qui fut nommé, par le roi *Henri IV*, démonstrateur d'anatomie à l'école de Montpellier, rapporte (1) qu'une jeune fille de dix-huit ans avait l'urètre bouché par une membrane, de telle sorte que l'urine ayant probablement pris son cours par l'ouraque, venait sortir par le nombril, qui faisait une saillie d'environ quatre pouces, et exhalait une odeur insupportable. Pour remédier à cette dégoûtante incommodité, *Cabrol* fit d'abord une incision à la membrane qui obturait l'urètre, puis il introduisit une canule de plomb jusque dans la vessie, afin de tenir toujours libre le passage de l'urine. Le lendemain, après avoir placé une forte ligature sur la partie saillante du nombril par où l'urine s'etait écoulée jusqu'alors, il fit une section au-dessous du fil, et emporta ainsi toute la saillie ombilicale. Ce chirurgien rapporte aussi qu'il appliqua, sur le lieu de la section, le cautère actuel, et que, lorsque l'escarre fut tombée, il détergea la plaie avec des dessicatifs, et obtint une cicatrisation complète au bout de douze jours. Si un cas semblable se présentait dans la pratique, on devrait avoir recours à la même méthode, à l'exception cependant du cautère actuel, qui n'est

(1) Observat. anatom., 23.

pas nécessaire, et qui effraie le malade sans aucun avantage.

Quand le méat urinaire ne présente qu'une ouverture étroite par laquelle l'urine s'échappe en trop petite quantité, il y a alors un rétrécissement de l'orifice urétral, et non imperforation du canal. Dans ce cas il faut agrandrir convenablement l'orifice, au moyen d'un bistouri à lame aiguë et d'un stilet cannelé servant de conducteur à l'instrument tranchant. Lorsque le rétrécissement ou l'occlusion du canal s'étend dans une grande partie de son trajet et lorsque surtout l'écoulement de l'urine n'a pas lieu par une autre voie, l'enfant périt indubitablement s'il n'est secouru promptement, et encore il ne lui reste pour planche de salut qu'une opération bien douteuse; telle est la ponction de la vessie faite avec un bistouri ou avec un trois-quarts très fin, qu'on enfonce à l'endroit où l'urètre devrait aboutir, jusqu'à ce qu'on ait pénétré dans la poche urinaire. Si la crainte de s'égarer ou quelque autre circonstance ne permettait pas d'employer cette méthode, on devrait ne pas hésiter à pratiquer la ponction de la vessie par le vagin ou le rectum, et et on la ferait au-dessus du pubis si ces canaux présentaient des dispositions anatomiques qui pussent mettre obstacle à l'opération par une autre voie.

Nous devons malheureusement convenir que,

dans les cas de ce genre, les enfants succombent presque toujours, lors même qu'on est parvenu à rétablir le cours de l'urine par l'un des procédés opératoires que nous venons d'indiquer.

Pour terminer ce que nous avions à dire sur la conformation contre nature de la vulve et de ses dépendances, nous devons ajouter que, si les grandes lèvres peuvent manquer par un vice d'organisation congénial, l'absence de ces replis mambraneux est souvent le résultat de la gangrène ou d'un ulcère rongeant. Dans ce dernier cas, cette lésion est souvent accompagnée de l'occlusion du vagin ou du méat urinaire, à laquelle il faut se hâter de remédier par les moyens que nous avons signalés.

VICES DE CONFORMATION DU VAGIN.

Les vices de conformation congéniaux ou accidentels du vagin, auxquels on peut remédier par des moyens chirurgicaux, sont : l'imperforation de ce canal, son oblitération, son obturation, son étroitesse congéniale et son rétrécissement.

Imperforation au vagin.

L'imperforation du vagin a été observée par plusieurs médecins de l'antiquité ; *Hippocrate* en parle dans son premier livre des maladies des femmes, mais il n'indique aucun moyen pour y remédier.

Aristote, qui fut le précepteur d'*Alexandre-le-Grand*, et qui vivait par conséquent trois siècles avant Jésus-Christ, nous apprend que quelques filles ont le vagin bouché depuis leur naissance jusqu'au temps où leurs règles commencent à paraître, et que pour lors le sang qui se sécrète peu à peu, leur cause des douleurs violentes qui ne cessent qu'après qu'il s'est frayé de lui-même un passage, ou qu'on le lui a procuré par le secours de l'art. Cet état n'a même quelquefois cessé que par la mort de la malade, soit à cause de la violence avec laquelle ce passage s'est fait, soit par l'impossibilité qu'on a trouvée à l'ouvrir.

L'imperforation du vagin a été également signalée par un grand nombre d'autres auteurs, parmi lesquels nous rangeons *Celse* (1), *Soranus*, d'Éphèse (2), *Moschion* (3), *Roonhuysen* (4), *Bénévénius* (5), *Cabrol* (6), *J. Fabricius d'Aquapendente* (7), *Fabrice de Hilden* (8), *Schenck* (9), *Solingen* (10),

(1) Corn. Celsi de med., lib. VII, cap. 28.

(2) De Utero et muliebri pudendo libel, et *Ætius*, lib. XVI cap. 95.

(3) Gynœciorum de mulier. affect. et morb., part. I, cap. 3.

(4) Lib. II, de Clausura uteri.

(5) De Abdit. morb. caus., cap. 28.

(6) Observat. anatom., 23.

(7) In operat. chirurg. de hymene imperforato.

(8) Cent. III, observ. 60.

(9) Lib. IV, de Part. génital.

(10) In observ. V.

Meeckren (1), *Mauriceau* (2), *Ruysch* (3), *Saviard* (4), et une foule d'autres qu'il serait trop long de citer.

L'imperforation du vagin qui consiste dans l'occlusion de l'ouverture antérieure de ce canal, peut être complète ou incomplète, accidentelle ou congénitale; elle est due, soit à la membrane de l'hymen ou à tout autre repli membraneux, soit à la présence de brides celluleuses ou cullulo-fibreuses, présentant diverses directions et pouvant être situées à une hauteur variable.

L'imperforation complète du vagin ne se reconnaît ordinairement qu'à l'époque de la puberté, c'est-à-dire lorsque l'appareil génital entrant en action, commence à exhaler le liquide menstruel. Les jeunes filles éprouvent d'abord tous les phénomènes qui précèdent et accompagnent la menstruation, excepté l'écoulement sanguin propre à cette fonction. La santé, qui avait toujours été bonne, se dérange tout à coup sans qu'on puisse en connaître la cause; l'abdomen devient le siége d'un certain embarras, jusque-là inconnu; l'hypogastre, de plus en plus douloureux, acquiert un développement gradué et uniforme; les malades éprouvent des douleurs de reins,

(1) Observ. chirurg. 55.
(2) Observat. sur les maladies des femmes.
(3) Observat. chirurg., 32.
(4) Observat. chirurg. 4.

de la pesanteur dans le bassin, des spasmes, des suffocations, des céphalalgies intenses, enfin une foule de désordres dont le point est manifestement dans les organes génitaux et dont l'origine est toujours primitivement entourée d'une grande obscurité. Tous ces accidents, qui diminuent en partie après quelques jours, augmentent toujours d'intensité chaque fois qu'ils se reproduisent. Le ventre prend peu à peu un volume plus considérable et acquiert quelquefois les dimensions que lui communique une grossesse très avancée, dont alors la plupart des symptômes se manifestent, entre autres le gonflement des seins, des nausées, des vomissements, des dégoûts, des appétits bizarres, etc. Les phénomènes qu'on observe ont tant de similitude avec ceux de la gestation, que souvent même des médecins instruits ont déclaré enceintes des jeunes filles encore vierges : ainsi que *Jean Wierus* (1), *B. Cabrol* (2), *Fabrice de Hilden* (3), et *Jean Muratt* (4), et quelques auteurs modernes en citent des exemples.

Pour éviter les résultats fâcheux d'une semblable erreur, et pour lever tous les doutes à cet égard, il

(1) De dæmonum præstigiis et incantationibus, lib. III, cap. 38.

(2) Observ. médéc. Observ. 23.

(3) Centur. III, observat. 60, exemple 3.

(4) Ephem. curios. natur. decur II, anno 3, observ. 151.

suffit de se rappeler que lorsque le développement du ventre est dû à la rétention des règles dans la matrice et le vagin par suite de l'imperforation congéniale ou de l'oblitération accidentelle de ces organes, ce développement n'a lieu que par saccades et par périodes qui correspondent aux époques de la menstruation, c'est-à-dire tous les mois.

Chaque exhalation menstruelle venant augmenter la collection préexistante, l'accumulation du sang devient énorme et comprime de plus en plus non seulement les parties supérieures qui avoisinent la matrice, mais encore toutes celles qui sont situées dans la cavité pelvienne; telles que le rectum, la vessie, les plexus sacrés, les nerfs sciatiques, etc. C'est même à la compression qui a lieu dans ce cas, qu'il faut rapporter non seulement les difficultés que l'on observe alors dans l'émission de l'urine et l'expulsion des matières fécales, mais encore l'engorgement, les crampes et les engourdissements des membres abdominaux, la pesanteur sur le rectum et au périnée; enfin, le sentiment de gêne que les femmes imperforées éprouvent vers le bassin, principalement lorsqu'elles marchent ou qu'elles se tiennent debout. *Hippocrate* (1) parle d'une jeune fille devenue boiteuse, parce que le sang accumulé dans le vagin n'avait pas eu d'écoulement et que sa présence compri-

(1) De morbis mulierum.

mait les nerfs sacrés ; *Morgagni* (De sedibus et causis morb.) prétend que l'atrétisme peut occasioner la folie, comme d'autres auteurs l'ont vu causer des convulsions, des affections hystériques et le délire. Dans un cas de rétention des règles, déterminé par une imperforation complète, *Dehaen* (1) a vu les trompes utérines, distendues par le sang, se rompre et causer un épanchement mortel.

Dans quelques cas rares, le sang épanché à chaque période menstruelle, est absorbé et disparaît pendant les intervalles des règles, de telle sorte que le ventre, qui se tuméfie et se durcit pendant quelques jours, revient bientôt à son état normal. Les sujets qui présentent cette double anomalie anatomique et physiologique peuvent résister plus ou moins long-temps en conservant d'ailleurs une santé toujours chancelante.

Chez certaines femmes, dont les organes sexuels sont imparfaits, la nature supplée quelquefois à l'écoulement menstruel par des congestions et des hémorrhagies périodiques, qui ont lieu par l'anus, les poumons, les seins, l'estomac, les narines, les oreilles, les surfaces tégumentaires, etc.

L'imperforation vaginale n'a pas toujours pour résultat les accidents que nous venons de signaler ; ils peuvent même, dans quelques circonstances, ne

(1) Ratio medendi, part. 6.

jamais se manifester, quoique la menstruation n'ait pas lieu, et ne soit cependant pas remplacée par une autre hémorrhagie. C'est ce qui a lieu lorsque, avec une imperforation du vagin, il y a absence plus ou moins complette de l'utérus. On devra supposer l'existence de cette double anomalie, dont les annales de la science offrent des exemples, chez les femmes qui auront passé sans accident l'époque où l'appareil génital entre en action, et exhale ordinairement le flux menstruel.

Le diagnostic des imperforations vaginales est en général assez facile, et il suffit d'une exploration attentive des organes génitaux pour dissiper les incertitudes que peut d'abord faire naître un état aussi insolite.

On reconnaît que la cloison qui forme l'obstacle n'est autre chose que la membrane de l'hymen, lorsqu'au milieu des grandes lèvres, on trouve une tumeur demi sphérique, livide ou bleuâtre, molle et fluctuante, et rendue saillante par le poids du sang accumulé au-dessus d'elle. Dans ce cas, pour détruire l'obstacle, la plupart des auteurs ont conseillé de plonger au centre de la tumeur un bistouri droit, de manière à faire une incision cruciale ; l'opération est ensuite terminée en enlevant les petits lambeaux qui résultent des incisions, avec le secours d'une pince et de ciseaux courbés sur leur plat. Pour s'opposer à la réunion de la plaie, une tente de charpie

enduite de cérat, et placée entre ses bords, suffit dans le plus grand nombre des cas.

Lorsque l'occlusion du vagin est causée par la membrane de l'hymen, *Celse* (1) conseille l'incision, qu'il décrit de la manière suivante : « *Si membrana ori vulvæ opposita est.... oportet autem membranam duabus lineis, inter se transversis, incidere ad similitudinem litteræ X, magnâ curâ habitâ, ne urinæ iter violetur; deinde undique eam membranam excidere.*

Avicenne (2) prescrivait un mode d'opération qui consistait à rompre la membrane avec un doigt garni d'un linge, et *Mauriceau* conseillait de la déchirer avec les ongles.

La méthode de remédier à la rétention des règles par l'imperforation de l'hymen, au moyen d'une incision cruciale, est souvent suivie d'accidents graves, parce que, donnant lieu à une évacuation subite d'une grande quantité de liquide, il est impossible que les parois des organes génitaux, trop rapidement vidés, puissent revenir immédiatement sur eux-mêmes, ce qui souvent détermine des inflammations mortelles et des fièvres du plus mauvais caractère.

Pour obvier le plus possible aux accidents fâcheux qui peuvent résulter de l'opération que nous venons de décrire, et surtout pour conserver en partie la

(1) Cels. de med., lib. VII, cap. 29.
(2) Avicenne, lib. III, feu. 21, tr. 4, cap. 1.

membrane de l'hymen à laquelle on attache une grande importance morale, nous proposons le procédé suivant, qui est aussi simple que facile et au moyen duquel on ne craint pas dans aucun cas de blesser les parois du vagin.

Après avoir placé la femme comme pour l'application du speculum, on doit faire écarter par un aide les grandes et les petites lèvres, puis saisissant le point central de la tumeur, avec une airigne, ou encore mieux, avec une pince à larges mords, on fait saillir une petite portion de la membrane obturatrice, et on coupe ensuite de bas en haut cette partie saillante avec des ciseaux fortement courbés sur leur plat, ou, encore mieux, avec le ciseau *emporte-pièce*, que nous avons inventé pour l'*extirpation* du frein de la langue (1). L'ouverture qui résulte de l'opération ainsi pratiquée, présente une petite circonférence ovalaire, qui imite assez bien la perforation naturelle de la membrane de l'hymen, et qui permet, par l'évacuation plus lente du sang, que la matrice et les autres organes distendus reviennent sur eux-mêmes d'une manière graduée, et ne présentent pas tout-à-coup un vide considérable. Il résulte

(1) Cet instrument, décrit et dessiné dans notre *Traité du bégaiement*, et dans la *Revue médicale*, sera également représenté dans notre *Dictionnaire historique et iconographique de toutes les opérations et des instruments et appareils de la chirurgie ancienne et moderne*, avec 1500 dessins. 4 vol. in-8°. Paris, 1836 et 1837.

de là que l'air introduit en moindre quantité et d'une manière moins brusque, ne détermine pas aussi facilement les inflammations intenses et souvent mortelles qui ont lieu lorsqu'on emploie la méthode ordinaire.

Quelquefois il existe deux membranes placées l'une au-dessus de l'autre. *Fredéric Ruisch* (1) a publié une observation, où il fut obligé de les inciser l'une et l'autre. *Thomas Willis* dit avoir été appelé pour donner des soins à une femme qui était au moment d'accoucher, et qui éprouvait de vives douleurs depuis trois jours. Après avoir exploré attentivement les organes sexuels, il découvrit une membrane qui adhérait au pourtour de la vulve et qui empêchait la sortie du fœtus. Après y avoir fait une incision, voyant que l'accouchement ne se terminait pas mieux, il se livra à un nouvel examen, et reconnut la présence d'une seconde membrane qui était située plus profondément, et s'opposait à la sortie de l'enfant. Il détruisit ce second obstacle, et l'accouchement se termina bientôt de la manière la plus heureuse.

Dans quelques cas, une bande membraneuse plus ou moins épaisse divise l'orifice du vagin en deux petites ouvertures latérales, et c'est sans doute cette sorte de colonne charnue qui a porté *Morgagni*, *Valsava* et d'autres auteurs à désigner l'hymen par le nom pittoresque de colonne de la virginité,

(1) *Frédéric Ruisch*, Observat. chirurg. 22 et 32.

columna virginitatis. Quelquefois cette bande perpendiculaire est coupée en travers par une ou plusieurs autres bandes placées horizontalement, ce qui forme une sorte de diaphragme criblé, comme *Fabrice de Hilden* (1), *Viardel* (2) et le professeur *Flamand* (3) en rapportent des exemples.

On a vu des femmes imperforées, dont l'erreur a été quelquefois partagée par des médecins ignorants, prendre leur canal de l'urètre pour leur vagin rétréci, et, après l'avoir dilaté le plus possible, lui faire remplir les fonctions de ce dernier, d'où il est résulté une incontinence d'urine souvent incurable, et plusieurs autres accidents (4).

(1) *G. Fabrice de Hilden*, cent. III, observ. 60.

(2) *Viardel*, observation sur la pratique des accouchements, page 167.

(3) Dissertation inaug. du doct. *Villette*, année 1824.

(4) Dans le journal de médecine publié à Orléans par M. Latour le fils, et dans l'article *impuissance*, du *Dictionnaire des sciences médicales*, on lit un fait rapporté par *Morgagni* (*). Un paysan des environs d'Orléans ayant mal interprété une expression métaphorique échappée à son confesseur, qui attribuait à ce qu'il n'était pas dans la bonne voie, la stérilité de son mariage, fut assez simple pour substituer l'urètre au vagin. Les commencements furent pénibles; mais à l'aide d'une dilatation progressive, opérée par divers moyens mécaniques, il parvint à son but, et resta encore quelque temps dans l'erreur, jusqu'à ce qu'une incontinence d'urine et d'autres accidents eussent forcé la femme d'avoir recours aux soins d'un médecin.

(*) *Morgagni*, lettre 46, n. 12.

Le docteur *Villette* rapporte, dans sa dissertation inaugurale, qu'une dame de Strasbourg reçut les soins de M. *Chevalier* pendant le cours de sa parturition. Après l'avoir touchée, il fut étonné d'être dans une ouverture lisse. Dans cette incertitude, il fit demander le professeur *Flamand*, qui exigea de la malade un examen sévère des parties. Mais quel fut son étonnement de voir le canal de l'urètre dilaté à un tel point qu'il permettait l'introduction du doigt pour exécuter le toucher. A l'entrée, il existait une lame criblée, par laquelle l'écoulement menstruel avait eu lieu. Cette membrane fut excisée, et l'accouchement se termina fort heureusement. Lorsque la membrane qui obture le vagin est très épaisse, le doigt porté sur elle éprouve plus de résistance, et perçoit avec plus de peine la fluctuation, qui est bien manifeste quand la membrane est très mince.

L'opération qui convient dans ce cas consiste à s'assurer d'abord, au moyen d'une sonde, de la disposition de la vessie et à explorer le rectum par le toucher; puis après avoir fait écarter les grandes lèvres par un aide, on pratique une incision cruciale au moyen d'un bistouri droit dont la lame, portée sur le doigt indicateur, est garnie d'un linge jusqu'à six lignes de son ouverture; on procède ensuite à l'excision des lambeaux, comme nous l'avons indiqué plus haut, et l'on maintient l'ouverture, suffisamment distendue, avec une forte mèche enduite

de cérat portant un fil fixé à sa base et renouvelée tous les jours. Le sang qui s'échappe au dehors est ordinairement visqueux, noir et fétide ; il sort d'abord avec force au moment de la ponction et finit ensuite par s'écouler goutte à goutte.

Pour aider à nettoyer les cavités génitales de la femme, et pour entraîner surtout les caillots de sang qui par leur séjour pourraient devenir une cause d'inflammation, il faudra avoir recours à d'abondantes lotions émollientes, et ensuite à des injections détersives et légèrement résolutives ou même antiseptiques selon les circonstances et les indications.

Lorsque la cloison vaginale est charnue, *Celse* (1) conseille d'y faire une incision longitudinale, et de saisir ensuite les bords avec des pinces ou un crochet afin d'en exciser une bandelette. Il introduisait ensuite dans la plaie une tente oblongue trempée dans du vinaigre et appliquait par dessus de la laine grasse imbibée de la même liqueur ; enfin il assurait le tout au moyen d'un bandage convenable. Le troisième jour il enlevait l'appareil et se conduisait pour le reste du traitement, comme dans les autres blessures. Lorsque la plaie commençait à guérir, il y introduisait une canule de plomb enduite d'une substance propre à cicatriser, et il appliquait par-

(1) Corn. Cels., de Med., lib. VII, cap. 28.

dessus le même médicament jusqu'à la formation complète de la cicatrice.

Pour détruire l'atrétisme, résultant de la présence d'une membrane épaisse, *Hippocrate* (1) et plusieurs médecins ont proposé les caustiques; *Bauhin* (2), entre autres, s'en servit sur une malade qui succomba après la chute de l'escharre. A. *Paré* (3) et son disciple *Guillemeau*, voulaient que l'on fît une incision de haut en bas; d'autres ont pensé qu'il valait mieux la faire obliquement pour être moins exposé à blesser le canal de l'urètre; le célèbre *Dupuytren*, dont les opinions pratiques sont d'un si grand poids, conseillait d'inciser de haut en bas et surtout de prolonger l'incision jusqu'à la partie la plus déclive pour éviter la stase du sang et des mucosités, et surtout afin de dispenser la femme de l'usage désagréable et incommode des injections vaginales.

Quand la membrane qui cause l'occlusion est située profondément, le vagin conserve presque toujours ses dimensions ordinaires, au-dessus de l'obstacle; il arrive même quelquefois que, par l'accumulation prolongée du sang des règles, il acquiert, à sa partie supérieure, une dilatation anormale. Pour détruire la membrane, dans ce cas, il faut la mettre à

(1) Lib. *de Sterilibus*, et lib. II, *de Morbis mulierum*.
(2) *Anatomie*, livre I, chapitre 39.
(3) Livre IV, chap. 59, page 998.

découvert et protéger les parois du vagin au moyen du spéculum, puis pratiquer une incision cruciale faite obliquement pour éviter le plus possible que la pointe de l'instrument n'aille atteindre le rectum et la vessie. On enlèvera ensuite les quatre lambeaux, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Dans le cas, assez fréquent, où la membrane, épaissie et charnue, forme une bande annulaire dans la cavité du vagin et ne présente qu'une petite ouverture; comme l'ont observée *Daniel Sennert*, de Breslau (1), *Chambon* (2), *Ambroise Paré* (3), le professeur *Flamand* (4), le sang des règles s'échappe en dehors; mais son écoulement n'a lieu que goutte à goutte. Cette sorte de dysménorée, par son excrétion, détermine toujours la tension des parties externes de la génération et un sentiment de pesanteur vers le siége, accompagné de douleurs assez vives à l'hypogastre et d'une sensibilité anormale de tous les organes contenus dans la cavité pelvienne.

Le moyen de remédier à cette anomalie, qui s'oppose en outre à l'union des sexes et à la conception, consiste d'abord à agrandir l'ouverture avec un bistouri boutonné en faisant une incision cruciale, puis à détacher les lambeaux; et enfin à maintenir la dila-

(1) De morbis mulierum, lib. IV, pars. 1.
(2) Maladies des filles, liv. I, chap. 2, p. 51.
(3) *Paré*, liv. XXIV, chap. 19.
(4) Leçons orales à la Faculté de Strasbourg.

tation au moyen d'une forte canule, ou d'une tente quelconque. On devra, avant l'opération, acquérir la certitude que l'occlusion n'est due qu'à la présence d'une membrane, en introduisant une sonde dans la petite ouverture qui se trouve sur un des points de l'obstacle, au-dessus duquel le bout de l'instrument devra se mouvoir avec liberté, si effectivement la femme présente le genre d'occlusion incomplète que nous venons de signaler avant d'avoir fait vider la vessie à l'aide du cathétérisme et le rectum au moyen d'un lavement, parce que les matières solides ou liquides qui pourraient se trouver dans ces cavités, les rendraient plus saillantes et par conséquent plus accessibles à l'instrument tranchant.

DE L'ÉTROITESSE CONGÉNIALE DU VAGIN.

L'étroitesse du vagin est un vice congénial, tandis que le rétrécissement et l'oblitération de ce canal dépendent de plusieurs causes accidentelles que nous signalerons bientôt.

Dans certains cas, on a vu le diamètre du conduit vaginal ne pas excéder cinq à six lignes; ce vice originel de conformation, comme ceux dont nous avons déjà parlé, s'oppose à l'accomplissement des actes auxquels il est destiné par la nature. Si pour triompher de l'obstacle dans les rapprochements sexuels, on exerce des efforts brusques et réitérés, il

en résulte une inflammation considérable et un froissement qui peut déterminer un écoulement et tous les accidents de la strangurie, ce qui a fait croire que ces désordres étaient déterminés par une affection vénérienne. Lorsque, dans ces circonstances, on aura dissipé l'inflammation par l'application des topiques émollients et les autres moyens antiphlogistiques, tels que la saignée, l'application des sangsues, les bains, les narcotiques, les antispasmodiques, les boissons délayantes et tempérantes, il faudra chercher à dilater les parois vaginales, au moyen de corps dilatants et susceptibles de se gonfler ; par exemple, des morceaux d'éponges préparées, des racines de gentianes enduites de cérat, de grosses sondes et de pessaires cylindriques de caoutchout, dont on augmentera progressivement le diamètre, jusqu'à ce que le canal vulvo-utérin ait acquis des dimensions normales.

Pour remplir le même but, *Hippocrate* conseillait d'avoir recours à un tube d'étain. Sans suivre le conseil du père de la médecine, nous pensons qu'on pourrait employer avec avantage une sorte de dilatateur cylindrique et composé de trois ou quatre valves réunies par des charnières que l'on ferait se mouvoir et s'écarter plus ou moins, au moyen d'une vis disposée comme celle du spéculum brisé que nous avons inventé, et dont nous donnons un dessin à la fin de cet ouvrage.

Comme l'étroitesse du vagin peut n'occuper qu'une partie de ce canal, on devra, avant tout, s'assurer de son siége et de son étendue, au moyen d'une sonde qu'on cherchera à faire basculer en tous sens. Lorsque l'instrument explorateur se trouvera gêné après son introduction, et surtout lorsqu'il lui sera impossible de faire dévier son extrémité, on aura acquis la certitude que le rapprochement des parois occupe toute la longueur du canal ; mais au contraire, si les mouvements de bascule sont possibles supérieurement, on aura à faire une étroitesse bornée à quelques lignes.

Dans le cas de manque de développement des parois vaginales, les surfaces internes sont comme racornies, et semblent fibreuses et très peu dilatables. Pour faciliter leur ampliation, nous ajoutons à l'emploi des corps dilatants, celui des injections huileuses, mucilagineuses, des bains locaux, des fumigations et surtout l'usage fréquent des suppositoires de beurre de cacao introduits dans le vagin.

Les moyens que nous venons d'indiquer agissent presque toujours d'une manière efficace, et n'offrent jamais les dangers qui seraient les conséquences inévitables d'une dilatation obtenue par tout autre méthode. D'ailleurs, si, en agissant de la sorte, les succès ne sont pas toujours durables, on a l'avantage de pouvoir y revenir sans nul inconvénient et sans compromettre la vie des malades.

L'étroitesse congéniale du vagin ne s'oppose pas toujours à la conception, qui peut avoir lieu quelquefois sans intromission du pénis. Les exemples que nous avons déjà cités, page 130, et ceux que possède la science, sont trop nombreux pour qu'on puisse élever le moindre doute à cet égard. « On trouve même, dit *Boyer* dans *les Mémoires de l'Académie des sciences*, année 1771, une observation d'étroitesse du vagin, qui disparut dans la grossesse, sans aucun secours de l'art. Une femme mariée à l'âge de 16 ans, avait le vagin si étroit qu'un tuyau de plume d'oie ne pouvait y entrer ; il n'était fermé par aucune membrane. A chaque époque menstruelle, on sentait dans la région de l'utérus une lésion douloureuse, due sans doute à la difficulté avec laquelle le sang traversait le vagin, qui, au sentiment du chirurgien qui la traitait, semblait être plus étroit du côté de la matrice que vers la vulve. Indépendamment des souffrances qu'elle éprouvait pendant l'écoulement des règles, cette femme était tourmentée par un mari jeune et vigoureux, qui espérait toujours se faire un passage, et qui ne réusissait pas. Enfin au bout de onze ans elle devint grosse sans que le mari cependant fût plus avancé que le premier jour. Son Chirurgien était persuadé qu'elle ne pourrait pas accoucher par les voies naturelles. Néanmoins, le cinquième mois, le vagin commença à se dilater, et continua toujours depuis ; de sorte qu'il prit à la fin une

largeur ordinaire, et que la femme accoucha fort heureusement. Le même recueil (année 1748) contient une seconde observation analogue. Une dame de Brest avait le vagin si étroit qu'à peine pouvait-il admettre un tuyau de plume. Toutefois elle devint enceinte, et accoucha, après trois heures de douleurs, d'un enfant gros et fort; seulement ici la dilatation ne survint que dans le plus fort du travail. »

La *Lancette française, gazette des hôpitaux*, a publié, d'après la *Revue médicale du Brésil*, dans son numéro du 14 août 1832, l'observation suivante. Une mulâtresse fut violée par un habitant du Brésil. Cette fille était au service d'une dame qui ne fit pas attention à l'élévation de son ventre, et la croyant atteinte d'un hydropisie, lui fit administrer divers remèdes de ceux qu'on appelle désobstruants. Au bout de quelques mois, la gestation fit des progrès, et un chirurgien qui fut appelé trouva le vagin si étroit, qu'il pouvait à peine permettre l'introduction d'une plume à écrire. L'acouchement s'opéra d'une manière heureuse.

Nous terminerons ce que nous avions à dire sur l'étroitesse du vagin en ajoutant une dernière observation. Madame C***, âgée de vingt-huit ans, et mariée depuis dix, sans qu'il lui eût été possible d'accomplir l'acte génital, s'étant adressée au docteur *Caron du Villards*, ce confrère constata un rétrécissement congénial qui pouvait à peine permettre

l'introduction d'une sonde urétrale ordinaire, et conseilla la dilatation graduée au moyen de sondes de gomme élastique dont le diamètre devait être peu à peu augmenté; lorsqu'on eut obtenu un commencement de dilatation bien appréciable, l'usage des sondes fut remplacé par celui d'une sorte de chapelet d'éponge préparée, dont les disques avaient été faits avec un gros poinçon emporte-pièce qui sert à fabriquer les rondelles de cuir. Chaque disque d'éponge préparée par une forte pression était emfilé et rapproché de manière à former une espèce de cylindre d'une seule pièce, et pouvoir être introduit dans le vagin aussi facilement qu'une sonde du même calibre. Après quelques semaines de ce puissant dilatateur, le vagin avait acquis une ampleur telle que madame C*** devint enceinte et accoucha heureusement par les soins de M. *Hatin*, professeur agrégé de la Faculté de Paris. M. *Caron du Villards* nous a dit avoir encore obtenu un succès du même genre sur madame *Taforeau*, âgée de trente-quatre ans, mariée depuis quatorze, et actuellement portière dans la maison n° 13 de la rue de Seine. La seule différence qu'il y a entre cette observation et la première, c'est que la femme qui en fait le sujet n'est pas devenue enceinte, comme madame C***, qui, à la vérité, est plus jeune.

Dans quelques cas rares le vagin est tellement étroit que ce canal semble être tout à fait effacé.

DE L'OBLITÉRATION ET DU RÉTRÉCISSEMENT ACCIDENTEL DU VAGIN.

Nous entendons par l'*oblitération* du vagin, soit l'adhésion accidentelle plus ou moins complète de ses parois, soit un rétrécissement de ce canal siégeant dans la totalité ou dans une partie de sa longueur.

Les causes de l'oblitération vaginale sont toujours accidentelles; quand elle est incomplète et qu'elle ne constitue qu'un rétrécissement, l'écoulement menstruel et la facile introduction d'un stylet dans le vagin font éviter toute espèce d'erreur. Lorsque l'oblitération est complète, les parois du canal vulvo-utérin sont plus ou moins adhérentes dans une étendue variable, en sorte que souvent il n'existe plus de communication entre la vulve et la matrice.

Les adhérences et les rétrécissements du vagin peuvent avoir leur siége à la partie inférieure, au centre ou à la partie supérieure de ce canal; ces deux sortes d'oblitération qui sont souvent le résultat d'une vive inflammation et de toutes les causes que nous avons signalées en parlant de l'imperforation, peuvent être également déterminées par l'épaississement, et l'induration des parois vaginales, résul-

tant quelquefois de l'usage immodéré d'injections astringentes employées pour faire disparaître les traces du libertinage. Le gonflement spontané des glandes muqueuses, des rides, des cellules adypeuses du vagin sont aussi des causes de l'oblitération plus ou moins complète de ce conduit.

Le docteur *Ségalas* a communiqué, en 1825, à l'Académie de Médecine, l'observation d'une femme dont le vagin, oblitéré à la suite d'un accouchement laborieux, avait déterminé une rétention complète des règles. Dans la séance du 22 mars 1831, on fit connaître à la même Académie l'observation d'une autre femme dont le vagin s'était oblitéré après une injection d'un demi-verre d'acide sulfurique qui avait été faite par elle-même dans le but criminel de se faire avorter. Comme les deux tiers supérieurs du vagin étaient oblitérés, la matrice se rompit, et cette malheureuse femme mourut sans avoir pu accoucher.

Si dans quelques cas les adhérences peuvent être détruites facilement et sans efforts, dans d'autres circonstances la matière purulente s'est épaissie au point de former avec les surfaces vaginales une sorte de concrétion solide, qui résiste aux plus grandes violences, surtout si la cohésion est ancienne.

Lorsque l'inflammation a été très violente, les rides du vagin se confondent tellement les unes avec

les autres, que leur dissection devient presque impossible sans ouvrir un des côtés et blesser le rectum et la vessie; le degré de l'inflammation devient donc la boussole qui indiquera si l'on devra tenter, ou rejeter l'opération, qui est aussi dangereuse que difficile lorsque l'oblitération du vagin a lieu dans toute son étendue. *Morgagni* la proscrivait toujours dans ce cas, et *Blasius*, ainsi que *Bénévoli*, qui eurent la témérité de disséquer les parois vaginales, qu'une vive inflammation avait réunies, furent obligés de laisser l'opération inachevée. Nous allons cependant citer un cas de succès obtenu par le professeur *Flamand*, que nous rapportons d'après M. le docteur *Villette* de Paris; en 1821, une femme de campagne fut accouchée par une sage-femme, qui avait déchiré les parois du vagin, les règles ne parurent plus après ce premier accouchement; le mari l'approchait toujours avec humeur, croyant qu'elle y mettait de la mauvaise volonté; impatientée, elle vint à Strasbourg à la clinique de M. *Flamand* pour y être opérée. Il existait une très petite ouverture qui permettait à peine l'introduction d'une sonde cannelée : mais quelle fut la surprise de notre savant professeur de trouver une réunion de quatre pouces du vagin! malgré les difficultés qui se présentaient, il parvint à son but, puisque un an après, elle accoucha heureusement d'un second enfant.

Lorsque l'oblitération n'est pas complète on peut

en arrêter la marche, d'abord par des moyens antiphlogistiques, et en favorisant la dilatation des parois vaginales, par les bains, les fumigations et les injections émollientes, enfin par l'introduction dans le vagin, de suppositoires en beurre de cacao et l'emploi des corps dilatants précédemment indiqués en parlant de l'étroitesse congéniale de ce canal.

Parmi les moyens les plus propres à remplir cette dernière indication, il en est un que nous avons employé avec beaucoup d'avantage et que nous recommandons comme étant d'une application facile et non douloureuse.

Ce moyen consiste à introduire dans le vagin une sorte de poche cylindrique, mince et très souple qui est faite avec l'appendice cœcale d'un veau ou d'un mouton, et qui a été proposée par un médecin anglais nommé *Condon*, pour loger le pénis et se préserver ainsi de l'infection vénérienne pendant un coït impur. Pour employer cette poche dilatatrice, on devra introduire et fixer sur elle une sonde de gomme élastique, présentant une ouverture sur l'un de ses côtés, ensuite après l'avoir fait pénétrer lentement et avec précaution dans le canal vulvo-utérin, on la dilatera en y insufflant de l'air, d'abord en petite quantité, puis en augmentant progressivement tous les jours; la poche, qui en commençant sera petite, devra successivement être remplacée par une autre d'un plus grand diamètre et renouvellée assez

souvent pour éviter sa putréfaction : on s'opposera à la sortie de l'air au moyen d'un petit bouchon adapté au bout extérieur de la sonde ou à l'aide d'un petit robinet qui y sera fixé comme au tube d'une ventouse à pompe (1). L'emploi de ce petit appareil devra être continué jusqu'à ce que le vagin ait repris ses dimensions naturelles.

Dans le cas d'oblitération complète du vagin, il n'y a d'autre moyen d'y rémédier que par une opération difficile et dangereuse que nous allons décrire en parlant de l'obturation de ce canal.

DE L'OBTURATION DU VAGIN ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER.

On entend en pathologie par le mot *obturation*, le développement accidentel d'une substance quelconque remplissant plus ou moins une cavité naturelle.

L'*obturation* du vagin, qui indique soit la présence d'un corps étranger dans ce canal, soit une substance intermédiaire qui se confond avec ses parois, a peu fixé l'attention des médecins parce qu'elle s'est très rarement présentée à leur observation.

L'obturation vaginale peut être complète ou in-

(1) Ce robinet aurait l'avantage de permettre de laisser échapper une petite quantité d'air, si la trop grande dilatation de la poche membraneuse rendait sa présence dans le vagin très douloureuse et presqu'insupportable.

complète, congéniale ou accidentelle. Les causes de l'obturation accidentelle doivent être considérées comme étant des symptômes d'autres lésions pathologiques, et non comme étant des vices organiques. Tels sont les polypes, les excroissances fongueuses, ou syphilitiques, les brides membraneuses, et les colonnes charnues qui se développent dans le vagin, le boursouflement et le rapprochement anormal des caroncules myrtiformes (1), les tumeurs enkystées et stéatomateuses, les hernies vaginales, enfin toutes les tumeurs et les végétations qui peuvent prendre naissance à la surface interne des parois du canal vulvo-utérin ou qui, étrangères à ce conduit, font une saillie dans sa cavité.

(1) *Riolan*, qui fut nommé professeur royal d'anatomie par le roi Louis XIII, et qui devint plus tard médecin de la reine Marie de Médicis, a fait connaître (*Anat. seu. anthrop.*, cap. 2, page 35) l'observation d'une femme chez laquelle les caroncules myrtiformes étaient tellement rapprochées, qu'à peine il était possible d'introduire un stylet dans l'ouverture qui restait. Malgré cette obturation presque complète, la malade accoucha heureusement, après l'excision des tumeurs qui fut pratiquée. On voit également, dans le XXIVe volume du Dictionnaire des Sciences médicales, page 133, que les lambeaux de l'hymen, après la défloration, s'étaient réunis de manière à former un diaphragme complet à la partie inférieure du vagin. Les caroncules myrtiformes ont été prises quelquefois pour des excroissances syphilitiques; il suffit de signaler ce fait pour prévenir toute erreur, et de rappeler à nos lecteurs que les éminences charnues qui résultent des débris de l'hymen sont ordinairement lisses, flottantes et d'une couleur rosée.

L'obturation vaginale peut même être produite par un prolapsus de la matrice dont le col contracte des adhérences avec le bord interne des grandes lèvres. Un cas de ce genre est signalé dans le *Dictionnaire des Sciences Médicales* (article vagin), moins comme un exemple d'obturation que parce que l'orifice utérin étant entr'ouvert et permettant l'introduction du doigt on pourrait prendre cette ouverture pour un retrécissement du vagin, si on y apportait peu d'attention.

Lorsque l'obturation est congéniale elle peut, comme celle qui est accidentelle, être complète ou incomplète et occuper une étendue plus ou moins grande du vagin. Ce canal est donc susceptible d'être obstrué primitivement non seulement vers un des points de son trajet, mais encore dans toute son étendue qui est alors le siége d'une sorte de cylindre solide, épais et composé d'une substance cellulo-fibreuse, assez analogue à celle des parois vaginales.

Comme l'imperforation vaginale, l'obturation reste le plus souvent ignorée jusqu'à l'époque de la puberté où les symptômes plus ou moins graves de la rétention des règles la font découvrir. Cependant les accidents qui accompagnent alors l'obturation complète, sont en général moins graves, parce qu'on a observé que cette dernière espèce d'occlusion vaginale coïncidait presque toujours avec un déve-

loppement incomplet de la matrice, ce qui viendrait militer en faveur du principe émis par M. *Andral* (1) qu'une partie ne doit en général manquer ou être incomplètement développée qu'autant que celles qui la précèdent dans l'état normal, ont elles-mêmes subi un arrêt dans leur développement.

Quoique l'obturation vaginale complète et même incomplète rende la copulation impossible, l'introduction partielle du pénis peut quelquefois s'effectuer, lorsque l'obstacle existe seulement vers la partie supérieure du vagin. Une femme présentant une semblable conformation courrait quelques dangers si son époux, trop ardent dans les rapprochements conjugaux, cherchait à surmonter l'obstacle par des efforts inconsidérés ; il pourrait résulter de ces tentatives imprudentes de graves accidents, entre autres la perforation des parois du vagin, comme *Plazzani* en rapporte un exemple que nous citons textuellement: « *Juvenis quidam cum sponsa juvencula prima nocte congressurus valida veretri intrusione et violenta festinatione non modo uteri cervicem, sed et ipsum intestinum rectum perrupit.* » (De partibus generat., lib. 2, cap. 14, p. 164.)

Les annales de la médecine ne possédant qu'un très petit nombre d'exemples d'obturation vaginale bien authentiques, nous allons rapporter quelques

(1) Andral, *Anatomie pathol.*, t. I, page 109.

observations publiées par *Dehaen*, *Morgagni*, *Lieutaud*, *Fodéré*, *Cormick*, le professeur *Stoltz*, et consignées dans la thèse du docteur *Waille* de Saint Lupicien, telles que nous les reproduisons ici.

Dehaen (1) parle d'une fille âgée de 24 ans, qui, ayant succombé aux accidents de la rétention menstruelle trois jours après une opération inutile où l'instrument avait pénétré dans le canal de l'urètre et jusqu'au col de la vessie, présenta dans le vagin un corps solide, charnu, d'un pouce de diamètre, au-delà duquel ce canal était rempli de sanie noirâtre et offrait une cavité assez ample pour contenir la tête d'un enfant.

Morgagni (2), faisant l'autopsie d'une femme âgée de 70 ans, morte d'une péripneumonie, après avoir été long-temps malade d'une affection asthmatique, trouva le vagin entièrement obstrué, à l'exception du commencement et de la fin, par une espèce de cylindre solide composé d'une substance également blanche partout et un peu dure, en sorte qu'il n'était pas possible de distinguer ses parois d'avec ce qu'elles renfermaient et avec quoi elles se continuaient. Le vagin semblait n'avoir rien perdu de son diamètre. Les parois de l'u-

(1) *Rat. med.*, t. III, pars. 6, cap. 2. Lieutaud, *Histoire naturelle médicale*, t. I, page 326. *Dict. des sciences méd.*, article *imperforation*. *Dugès*, Mal. de l'utérus, t. I, p. 271.

(2) *Morgagni*, lettre 67, n. 9 et 10.

térus étaient épaisses, son orifice très petit, sa surface interne très légèrement humide et la partie inférieure du col étroite.

Une femme nommée La Hure (1), du faubourg du Temple, à Paris, n'ayant jamais éprouvé aucun accident, malgré l'absence des règles, et ayant passé six ans sans que le mariage eût pu être consommé, fut visitée et opérée inutilement le 6 août 1734, par le chirurgien *Dejours*, visitée de nouveau en 1742 par *Levret* et puis par *Saumet*, *Ferrin*, *Petit* et *Morand*. Morte à Lyon, 10 ans après, elle offrit, à l'autopsie, le vagin et la matrice ne formant qu'une substance dure, compacte et sans cavité.

Cormick (2), ayant eu à examiner une fille de 23 ans qui, après avoir éprouvé chaque mois, depuis sa seizième année, les indispositions consécutives à la rétention des règles, se trouvait en proie aux douleurs les plus atroces, rencontra, en explorant les parties génitales, une masse charnue, résistante, qui paraissait remplir tout le vagin. Il fut obligé d'enfoncer un trois-quarts dans une profondeur de quatre pouces, avant d'avoir traversé l'obstacle à l'écoulement menstruel.

A ces quatre exemples nous ajouterons l'observation

(1) *Causes célèbres*, t. 7 et 10, 20e cause. Foderé, *Méd. lég.* 2e édit., t. Ier, p. 585. *Dict. des sciences méd.*, article *mariage*.

(2) *Medic. and. philosoph. comment.*, t. II, p. 188. Voigtel, *Handbuch. der pathol. Anat.*, p. 438.

empruntée à la pratique de M. *Stoltz*. Elle nous paraît offrir d'autant plus d'intérêt qu'elle diffère des précédentes et par l'absence de tout accident, et parce qu'elle présentait une obturation complète avec des parois assez distinctes, et par la facilité et l'heureux succès de l'opération entreprise pour y remédier:

Madame N..., de Stotzheim, était parvenue à l'âge de 23 ans, sans avoir eu ses règles. Les seuls efforts menstruels qu'elle eut éprouvés, étaient des épistaxis, qui s'étaient reproduites sans périodicité régulière à l'époque de la puberté, et de temps en temps (toutes les semaines ou tous les quinze jours), sans époque fixe, quelques douleurs qu'elle ressentait dans le bas-ventre, mais jamais dans la région sacrée. Devenue épouse dans cette même année, elle ne put consommer l'union conjugale; et ce ne fut pourtant qu'en 1831, la quatrième année de son mariage, qu'elle se fit examiner par la sage-femme, qui trouva l'orifice du vagin fermé.

M. *Stoltz*, appelé auprès de cette dame, le 25 septembre 1831, pour procéder à l'opération, observa ce qui suit: stature moyenne, visage tout-à-fait féminin, mamelles assez développées, peau blanche et douce, pénil bien garni de poils, parties génitales externes tout-à-fait naturelles, en un mot, tous les attributs du sexe féminin: mais l'orifice du vagin était fermé par une membrane épaisse qui, faisant une saillie de huit à dix lignes, comme l'extrémité

d'un doigt de gant, pouvait être enfoncée à une profondeur égale dans la direction du vagin, comme le doigt de gant qu'on aurait retourné sur lui-même. Cette espèce de petit capuchon était un peu ridé, de couleur rosée, et tout-à-fait indolent.

M. *Stoltz* crut d'abord qu'il suffirait d'emporter par un coup de ciseaux une grande partie de cette membrane, pour avoir une entrée libre dans le vagin. Mais cette excision lui donna accès dans un petit enfoncement qui renfermait un mucus blanc, latescent; et il reconnut alors que le vagin était complètement obturé et rempli par une substance cellulo-fibreuse qu'il disséqua en quelque sorte, d'abord avec des ciseaux, aussi loin qu'ils purent être portés, puis avec les doigts indicateur et médius introduits de champ; enfin il coupa les brides restant avec le bistouri caché de M. *Flamant*. Pour ne point dévier de la direction du vagin, il avait eu soin d'introduire une sonde dans le canal de l'urètre, ce qui lui permit de distinguer facilement ce dernier, ainsi que le bas-fond de la vessie.

Après avoir ainsi déchiré avec les doigts, tantôt en les écartant l'un de l'autre dans des directions différentes, tantôt en s'en servant comme de véritables crochets, les brides celluleuses qui obstruaient le vagin dans une étendue égale à la longueur ordinaire de ce canal, l'opérateur arriva à un petit tubercule ferme, divisé par une fente transversale en

deux parties ; c'était la portion vaginale du col utérin. Il ne parvint qu'avec beaucoup de peine à déchirer les brides qui le cachaient, comme s'il eût été couvert par une toile d'araignée très-épaisse. Au moyen des doigts introduits dans le vagin, et de la sonde placée dans la vessie ; et mieux encore en déprimant à l'hypogastre la paroi abdominale, et en l'enfonçant assez pour rencontrer les doigts qui se trouvaient dans le vagin, il lui fut facile de reconnaître que ce tubercule, qui n'offrait en haut qu'un prolongement très petit et disposé transversalement, n'était rien autre chose que la matrice à l'état rudimentaire, ayant à peine cinq à six lignes de hauteur. Un opérateur peu attentif ou peu familier avec l'anatomie de ces régions aurait pu facilement défoncer un des culs-de-sac du vagin, en allant à la recherche de l'utérus.

L'opération terminée, le vagin se trouva assez long et assez large pour recevoir le membre viril. L'existence du muscle constricteur fut constatée par la contraction qu'il exerçait sur les doigts. Un gros bourdonnet de charpie portant un fil fixé à sa base et enduit de cérat fut introduit dans le vagin, et il fut recommandé à la sage-femme de le renouveler deux fois par jour.

L'opération fut peu douloureuse : la femme ne cria point ; elle perdit tout au plus une demi-once de sang.

Quinze jours après, la sage-femme fit savoir à M. *Stoltz*, que l'opérée avait vu couler du vagin,

quelques gouttes de sang, qu'on attribua d'abord à une menstruation imparfaite; mais cet écoulement ne s'étant pas renouvelé, on pensa, et peut-être avec plus de raison, qu'il avait été occasionné par un rapprochement sexuel, suivi de quelque déchirure.

Deux ans et demi s'étaient écoulés depuis l'opération lorsque M. *Stoltz* reçut pour la dernière fois des nouvelles de la femme N... Elle se trouvait encore dans le même état, c'est-à-dire que n'étant pas menstruée, elle ressentait seulement de temps en temps, et à des intervalles à peu près égaux, des phénomènes appartenant à la menstruation; du reste la cohabitation avait lieu d'une manière complète.

Comme les symptômes de l'obturation pourraient être confondus avec ceux de l'imperforation, de l'oblitération et de l'absence du vagin, nous allons rappeler ici quelques traits saillants qui suffiront pour lever toute incertitude à cet égard.

Dans l'imperforation incomplète, la menstruation est possible; si elle est complète, le doigt porté à la vulve, trouve une membrane formant une tumeur avec fluctuation et une saillie ovalaire plus ou moins bombée devant l'obstacle, et d'ailleurs dans ce cas une simple incision dissipe tous les doutes et fait disparaître tous les symptômes. Lorsque l'occlusion est due à l'oblitération incomplète, l'écoulement des règles a lieu et l'on peut introduire un stylet dans le vagin rétréci; si l'oblitération est complète et enva-

hit toute la largeur du canal vulvo-utérin, dans une étendue variable, on reconnaîtra facilement cette disposition anormale et *toujours accidentelle* à l'aide du toucher par le rectum et d'une sonde introduite dans la vessie ; l'obstacle qui résulte de l'*oblitération* au lieu d'être comme dans l'*obturation*, un corps compacte, épais, cylindrique et remplissant le vagin, consiste dans une cloison membraneuse assez mince, ou dans une adhérence des parois de ce canal qui peut avoir lieu dans toute son étendue, ou dans l'un des points de son trajet. D'ailleurs dans l'obturation, le doigt, porté dans la vulve, se trouve arrêté par un corps très résistant, tandis que dans l'imperforation et l'oblitération l'obstacle est toujours mobile, membraneux et fluctuant.

Presque tous les auteurs qui ont parlé de l'occlusion du vagin ne donnent que très peu de détails sur ce sujet, et confondent l'agglutination accidentelle des parois avec l'obturation de ce canal, produite par le corps intermédiaire dont nous venons d'indiquer les principaux caractères. C'est probablement pour cette raison qu'ils désignent ces deux genres d'occlusion, de la même manière par le mot *oblitération*, et qu'ils signalent l'opération comme impraticable et offrant de grands dangers lorsque l'obstacle se prolonge un peu profondément dans le vagin.

Naboth (1), qui partageait l'opinion la plus géné-

(1) Naboth, *Disputat. de sterelit. mulierum*, n. 23.

ralement admise, et qui confondait aussi l'adhérence accidentelle des parois vaginales avec l'obturation congéniale dont nous nous occupons, disait que lorsqu'il existait un corps charnu intermédiaire, on devait renoncer à l'opération parce qu'on aurait à craindre, soit une hémorrhagie dangereuse, soit des accidents inflammatoires très graves. *Morgagni* (1), imbu des mêmes idées, conseilla à deux femmes de divorcer plutôt que de se laisser inciser témérairement. *Heister* (2) refusa également d'opérer deux femmes qui étaient venues le consulter; enfin *Plenck* (3), *Mahon* (4), *Fodéré* (5) et presque tous les médecins légistes regardent ce genre d'atrésie, comme une cause d'impuissance absolue, au-dessus des ressources de l'art.

Malgré les craintes plus ou moins fondées et le plus souvent exagérées, des auteurs, nous pensons qu'il est des circonstances où l'on doit tenter l'opération, mais il ne faut y procéder qu'avec la plus grande prudence, et de telle sorte qu'on évite de blesser, en avant l'urètre ou la vessie, et en arrière le rectum. Si les chances des tentatives qu'on a faites ont été presque toujours funestes, c'est que l'opé-

(1) *Morgagni*, lettre n. 46.
(2) Heister, *Institut. chirurg.*, t. 2, p. 403 et 405.
(3) Plenck, *Element. med. chirurg. forensis*, page 3.
(4) Mahon, *Médecine légale*, tome I, page. 63.
(5) Fodéré, *Médecine légale*, 2e édit., page 384.

ration a été pratiquée par des procédés vicieux ou dans des cas où elle était contre indiquée ainsi qu'il arrive souvent, lorsqu'à la suite d'une oblitération complète, les parois du vagin sont agglutinées dans toute leur longueur.

Avant de faire aucune tentative opératoire, il sera prudent d'attendre d'y être en quelque sorte contraint par des symptômes de la rétention des règles et par des accidents qui mettent la vie de la femme en danger, et qui donnent par cela même une preuve que l'utérus existe et qu'il ne communique pas avec une autre cavité, ce qui rendrait l'opération inutile.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'AGGLUTINATION ACCIDENTELLE DES PAROIS VAGINALES ET DE SON OBTURATION CONGÉNIALE.

Lorsque la nécessité d'agir sera bien établie, il faudra y procéder après avoir eu la précaution de préparer la malade comme on le fait pour les grandes opérations; néanmoins on devrait opérer sans retard si, à la suite de la rétention des règles, il survenait des accidents capables de compromettre la vie; dans ce cas, les préparations préliminaires se borneront à faire vider le rectum et la vessie pour les rendre moins accessibles à l'action de l'instrument tranchant.

Soit que l'on veuille disséquer les parois vagina-

les accidentellement agglutinées, soit que l'on doive agir dans un cas d'obturation congéniale produite par une membrane intermédiaire, on placera la malade comme si on devait pratiquer sur elle la cystotomie par une des méthodes sous-pubiennes ; puis après avoir introduit le doigt indicateur gauche dans le rectum et une sonde dans la vessie afin d'explorer de nouveau les parties et pour mieux diriger l'action de l'instrument tranchant, on incisera couche par couche avec un bistouri droit, ou, encore mieux, selon nous, avec un bistouri convexe dont l'extrémité coupe en rondache, et l'on séparera ainsi les parois du vagin, en agissant avec toute la prudence et la lenteur qu'exige une opération aussi grave.

Afin de pouvoir laisser, tout le temps de l'opération, un doigt dans l'anus, et en même temps pour reconnaître la situation des organes voisins sans avoir besoin de se servir de la main gauche, nous avons inventé un instrument qui se fixe sur le doigt indicateur de la main droite, comme un dé à coudre et qui, étant terminé par un petit tranchant convexe de trois lignes de long, permet que le doigt du milieu de la même main, puisse interroger continuellement la résistance des tissus après chaque petite incision et guider constamment l'action de l'instrument tranchant jusqu'à ce qu'on soit parvenu à l'accumulation sanguine qui a donné lieu à l'opération.

On se conduira ensuite comme nous l'avons indiqué en parlant de *l'imperforation* du vagin.

Si l'on a dû agir, non pour remédier à une *oblitération*, mais à une obturation congéniale, l'opération qui dans ce dernier cas offre plus de chances de succès, parce qu'il y a toujours une substance intermédiaire et par conséquent, un plus grand espace entre le rectum et le canal de l'urètre, doit être pratiquée de la manière suivante et avec les préliminaires indiqués plus haut :

D'abord si une membrane fait une saillie à la vulve et se trouve placée devant l'obstacle, il faudra en faire la section soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri droit, par une incision d'avant en arrière, ou encore mieux par deux incisions obliques se réunissant en V, afin d'éviter plus sûrement le canal de l'urètre.

Après cette petite opération préliminaire, qui aura mis les parties et la nature de l'obstacle à découvert, le chirurgien plongera un bistouri long et à lame étroite, au milieu de l'espace compris entre l'anus et le méat urinaire ; puis après avoir retiré l'instrument tranchant, il introduira dans la plaie l'index de la main gauche afin de dilater ainsi l'ouverture pratiquée, et continuer de pousser le bistouri, avec la précaution d'en diriger et d'en borner la marche au moyen d'un doigt placé près de son extrémité.

Si on le préfère on pourra se servir d'un trois-quarts, qui, enfoncé avec lenteur et précaution, rend

l'opération plus prompte, mais moins sûre. Pour éviter plus facilement le rectum et la vessie, on pourra avoir recours à une sonde cannelée introduite dans la plaie, et placée de manière à ce que la pointe d'un bistouri glissant dans la cannelure fasse deux incisions obliques qui viennent se réunir dans la direction de l'urètre et qui forme vers ce point un angle aigu assez bien représenté par un V renversé.

Quelque soit le procédé qu'on mettra en usage, il sera indispensable, pour rendre l'opération plus sûre, de laisser le doigt indicateur de la main gauche dans le rectum, et de faire maintenir, par un aide une sonde dans la vessie, en lui disant, d'après le conseil du professeur *Velpeau* (1), d'en repousser le bec du côté de l'hypogastre ; il faudra même pendant tout le temps de l'opération soulever le canal de l'urètre avec la sonde, afin de le préserver ainsi de l'action des instruments.

Si la substance obturatrice était peu résistante, on imiterait la conduite de M. le professeur *Stoltz* qui est parvenu sans accident à rétablir la liberté du canal vaginal et qui a détruit les brides celluleuses, en se servant tour à tour de ses doigts, de ciseaux et du bistouri caché de *Flamant*. Dans le cas où il surviendrait une hémorrhagie abondante, on pourrait, à l'exemple du docteur *Voisin* (2), dans un cas *d'obli-*

(1) Velpeau, *Éléments de médec. opérat.*, t. III, page 576.
(2) Thèses de Paris, 1806, n. 116.

tération, diviser l'opération en deux temps, et elle serait ensuite achevée dans un très court délai, mais il faudrait pendant cet intervalle placer dans la plaie un morceau d'éponge préparée. Lorsque l'obstacle sera détruit on préviendra la réunion des parties comme nous l'avons indiqué en parlant de l'imperforation du vagin.

Les accidents consécutifs les plus redoutables, sont l'hémorrhagie et l'inflammation. La première, lorsqu'elle n'est pas excessive, prévient la seconde qui a été seulement observée dans des cas d'*imperforation* ou d'*oblitération*. Comme dans ces deux genres d'occlusion les secours de l'art ne sont réclamés qu'à la suite de symptômes très graves, l'inflammation dépend alors moins de l'opération elle-même que du changement subit qui s'opère dans le volume de l'utérus et la tension des parois du vagin de tous ses annexes. Dans tous les cas, la malade sera soumise au régime le plus sévère et à un traitemeent antiphlogistique indiqué par la violence de la fièvre et des accidents inflammatoires.

Quelles que soient la nature et l'étendue de l'obstacle formant l'obturation, on ne doit point différer d'y remédier lorsque la vie de la femme est compromise; l'opération étant sans nul doute la seule planche de salut qui se présente, les principes de l'art et l'humanité commandent de la saisir, quoiqu'on soit exposé à tomber sur un écueil pour en éviter un autre et à

voir se vérifier cet ancien adage si bien exprimé par ce vers de *Virgile* :

Incidit in Scyllam, qui vult vitare Charibdym.

Si quelques auteurs, entre autres, *Naboth*, *Morgagni*, *Heister*, et beaucoup de chirurgiens modernes proscrivent l'opération, elle se trouve suffisamment justifiée, quoique offrant de grands dangers, par les succès de MM. *Desgranges*, *Delpech*, *Cabaret*, *Ventusa*, *Flamand*, *Willaume*, *Toulmouche de Rennes*, *Stoltz*, et quelques autres qu'il est inutile de nommer.

OCCLUSION DU COL DE LA MATRICE.

Quelquefois le vagin se trouvant parfaitement libre, c'est le col de l'utérus qui est le siége d'une obturation congéniale ou d'une oblitération complète ou incomplète.

Ce vice de conformation, dont *Akakia* s'est occupé le premier, peut dépendre des causes accidentelles qui sont nombreuses ; ainsi les suites d'un accouchement, l'introduction d'un corps étranger, les déchirures produites par des causes mécaniques, l'amputation du col utérin, les ulcères, les brûlures, les tumeurs, les polypes, etc., etc. ; et toutes les autres causes que nous avons signalées en parlant de l'atrétisme vulvaire et vaginal, peuvent bien expli-

quer l'occlusion du col de la matrice et les rétentions menstruelles qui en sont la suite.

Morgagni, en disséquant les organes sexuels d'une femme, trouva l'orifice de la matrice fermé par une membrane blanche et épaisse, qui interrompait toute communication entre ce viscère et le vagin. *Amand*, *Simson*, *Frank* (1), MM. *Cathral* (2), *Gauthier* (3); *Willaume* (4), *Hervez de Chégoin* (5), *Delpech* (6), *Desgranges* (7) et quelques autres ont également observé, soit l'obturation, soit l'oblitération plus ou moins complètes de l'ouverture vaginale de l'utérus.

Les accidents qui suivent l'atrétisme utérin sont peut-être encore plus dangereux que dans les autres genres d'imperforation dont nous avons parlé plus haut. Cela tient à ce que dans ce cas, on peut croire encore plus facilement que la femme est dans l'état de gestation, et que les symptômes ayant plus de similitude avec ceux de la grossesse, on reconnaît plus difficilement une rétention des règles.

L'occlusion peut exister dans l'intérieur du col ou à son orifice et semble être alors, selon *Boyer*, une

(1) De retentionibus, t. II, p. 39.
(2) Ann. litt. méd. étrang., t. II, p. 484.
(3) Nouv. Journ. de méd., t. VII, p. 30.
(4) Séance de l'Acad. de Méd., 23 mai 1826.
(5) *Idem* du 24 novembre 1829.
(6) Mémorial du professeur *Delpech*, mars 1830.
(7) *Idem*, n° du mois d'août 1830.

continuation de la membrane interne du vagin. D'après plusieurs praticiens, entr'autres *Latour*, *Morland*, *Flamand*, *Martin*, l'oblitération se serait effectuée même pendant la grossesse.

L'exploration au moyen du toucher et de la vue, permet de distinguer assez les vices de conformation primitifs ou accidentels du col de la matrice, ainsi que la fluctuation produite par l'accumulation du sang dans ce viscère.

Bénévoli, chirurgien en chef de l'hôpital de *Florence*, qui a fait connaître avec candeur ses fautes et ses succès, fut consulté pour une fille affectée d'une suppression d'urine, accompagnée de tous les accidents qui en sont la suite ordinaire. Ayant essayé inutilement d'introduire la sonde dans le canal de l'urètre, il ne put la faire parvenir jusqu'a la vessie, parce que la distension de la matrice avait alongé le canal de l'urètre. Il en était résulté un angle formé dans ce canal par le corps de la vessie poussée en avant, et au-dessus des os du pubis par l'utérus; en sorte que l'ouverture de ce viscère ne correspondait plus à l'extrémité du canal de l'urètre.

Bénévoli n'ayant pu vider la vessie le premier jour, attendit au lendemain pour pratiquer de nouveau le cathétérisme. Au lieu d'introduire la sonde dans l'urètre, il la plaça dans le vagin, sans s'apercevoir de la fausse route qu'il avait suivie. L'instrument porté vers l'orifice de la matrice, n'ayant pu péné-

trer dans la cavité de ce viscère, l'opérateur pensant que le sphincter de la vessie fortement contracté, pourrait être dilaté par une forte impulsion, poussa la sonde plus fortement et l'enfonça dans l'utérus. Il s'échappa aussitôt une grande quantité de liquide d'une couleur brunâtre, semblable à la lie de vin, qui fut prise d'abord pour être de l'urine sanguinolente. Mais quand la collection menstruelle fut évacuée, l'urine s'écoula avec force par le canal de l'urètre, et c'est ce phénomène qui fit reconnaître à *Bénévoli* qu'il avait introduit le cathéter dans la matrice et non dans la vessie. La malade, qui depuis trois ans voyait s'accroître son ventre tous les mois, éprouva au même instant un grand soulagement, et vit s'effacer tout-à-coup l'énorme développement occasionné par l'accumulation du sang menstruel dans la matrice. *Bénévoli* estima à trente-deux livres la quantité de ce fluide qui s'échappa après l'opération.

Lorsqu'on supposera que les symptômes que nous avons indiqués peuvent dépendre d'un vice primitif ou accidentel de conformation, on devra explorer avec le plus grand soin les organes sexuels et s'assurer si l'absence de la matrice ne met point un obstacle insurmontable au but qu'on se propose.

Pour remédier à l'occlusion du col de l'utérus, on doit d'abord tâcher d'y introduire une sonde ordinaire afin de franchir l'obstacle, s'il est possible. Si on ne peut y parvenir, on doit détruire la résis-

tance au moyen d'une ponction faite, soit avec un bistouri droit garni de linge jusqu'à quelques lignes de sa pointe, soit avec un trois quarts, dont à l'exemple de M. *Hervez de Chegoin*, nous conseillons de laisser la canule dans la plaie, qui devient un conducteur, pour faciliter l'introduction d'un bout de sonde de gomme élastique qui sera remplacé plus tard par une sonde de femme.

Quelque soit l'instrument et le procédé qu'on emploie, les accidents inflammatoires réclament les mêmes soins qu'après les opérations que nous avons indiquées en parlant de l'atrétisme de la vulve et du vagin. Pour prévenir ou pour combattre leurs redoutables conséquences, nous nous contentons de rappeler ici qu'il faut avoir recours aux moyens les plus énergiques, parmi lesquels les évacuations sanguines, et les bains tièdes très prolongés, tiennent le premier rang; on devra en quelque sorte faire vivre la femme dans l'eau, jusqu'à son parfait rétablissement.

ATRÉTISME DES TROMPES.

Les trompes de Fallope sont deux conduits musculo-vasculaires, flottants dans l'abdomen, qui s'étendent des angles supérieurs de la matrice, jusque sur les côtés du détroit supérieur du bassin. Comme ces canaux, que l'on croit susceptibles d'érection, sont

des organes qui se dérobent à nos recherches, il est impossible de reconnaître leur imperforation autrement que par l'autopsie.

L'atrétisme des trompes se divise, comme les autres imperforations des organes génitaux, en atrétisme *congénial* et *accidentel*, *complet* et *incomplet*.

Les causes de l'atrétisme congénial sont inconnues ; elles peuvent dans quelques cas frapper les deux trompes et dépendre de causes accidentelles ; ainsi, la formation d'une membrane développée vers le point de communication des trompes avec la matrice, à la suite d'une vive inflammation du corps de ce viscère, une plaie pénétrante, une opération, entre autres l'opération césarienne, un coup sur l'hypogastre, suffisent pour déterminer le vice accidentel dont nous venons de parler.

L'atrétisme le plus ordinaire des trompes a lieu vers leur insertion dans l'utérus ; on le remarque aussi quelquefois vers les ovaires auxquels elles vont s'unir intimement.

L'obturation et l'oblitération tubaires, étant au-dessus des ressources de l'art et ne pouvant d'ailleurs être constatées qu'après la mort, nous bornons là ce que nous avions à dire sur ces lésions dont nous nous contentons de signaler l'existence.

DE L'ABSENCE DU VAGIN ET DE SON OUVERTURE DANS LE RECTUM ET DANS LA VESSIE.

Morgagni (1) et *Dupuytren* (2) ont trouvé des femmes dont le vagin n'avait que le tiers de sa largeur et de sa longueur. *Engel* (3) et *Boyer* (4) ont vu ce conduit manquer tout à fait et le canal de l'urètre et la vessie se trouver immédiatement appliqués sur le rectum. Les sujets qui présentent ces différentes anomalies peuvent être privés de matrice (5), ou, si ce viscère existe, il est petit, mal conformé et impropre à la menstruation. Néanmoins on a vu dans ce cas, l'utérus être disposé comme à l'état naturel, mais souvent alors il communique extérieurement par une voie insolite, et il va s'ouvrir, par une sorte de vagin anormal, dans la vessie (6) ou dans le canal de l'urètre (7), soit dans le rectum (8)

(1) De sedibus et causis morb., epist. 46.

(2) *Répert. d'anat. pathol.*, tome V, page 99.

(3) De Utero defic. apud Schlegel, tome I, page 239 (Mém. de Berlin 1774. *Journal des savants*, 1777.

(4) *Traité des maladies chirurg.*, tome X, p. 422.

(5) *Morgagni, loco cit.*, épit. 11 et 12. *Dupuytren*, *loc. cit.*, *Boyer, loc. cit.*, page 423, tome X. Caillot, *Mémoires de la société méd. d'émul.*, tome 2, 470.

(6) *Boyer*, vol. cit. page 408.

(7) Madame Boivin et M. Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*, tome I, p. 273.

(8) Barbaut, *Cours d'accouch.*, page 59. Orfila, *Méd. lég.*, t. I, p. 150.

ou même à la paroi antérieure de l'abdomen (1).

Ces ouvertures anormales du vagin, qui sont extrêmement rares, coïncident presque toujours avec l'obturation de la partie antérieure de ce canal; comme ces vices de conformation ne compromettent ni l'existence, ni même la santé des femmes, ils restent méconnus jusqu'à la puberté, c'est-à-dire jusqu'à ce que le sang des règles, en sortant par l'anus ou par le méat urinaire, vienne faire connaître les dispositions contre nature des parties.

Dans le cas d'absence complète de la matrice, si la membrane interne de la vessie devenait le siége d'une exhalation sanguine qui suppléât aux règles, il ne serait pas facile de reconnaître que le sang est fourni par la poche cystique et non par l'organe gesta-

(1) *Morgagni*, *loc. cit.*, epist. 67, n. 7.

M. le docteur *Waille* rapporte, d'après *Huxmann* (Opusc. phys. méd., t. III, page 3, l'histoire d'une femme âgée de vingt-trois ans, dont le méat urinaire s'ouvrait au milieu de l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic, par deux orifices distincts, d'où l'urine suintait continuellement. Un peu au-dessous, on remarquait l'ouverture vaginale. Plus bas se présentait une autre ouverture transversale, admettant à peine l'extrémité du petit doigt, séparée du vagin par une membrane épaisse, et communiquant avec le rectum, qui avait d'ailleurs sa terminaison ordinaire. Cette femme, toujours bien réglée, avait pour mari un matelot robuste, qui la rendit mère. Le chirurgien *Bonnet*, appelé pour lui donner des secours lors de son accouchement, ne put le terminer que par l'incision de la membrane qui séparait le vagin de l'anus anormal. L'enfant et la mère survécurent.

teur dont il serait alors très difficile de constater l'absence.

Du reste toutes ces anomalies étant au-dessus des ressources de l'art, nous bornons là ce que nous avions à en dire.

ABSENCE DE LA MATRICE ET MOYENS DE LA CONSTATER.

—La matrice peut manquer en même temps que le vagin, ainsi que *Engel* (1), *Morgagni* (2), *Baudelocque* (3), *Dupuytren* (4), *Boyer* (5), *Caillot* (6), en rapportent des exemples ; l'absence de l'organe gestateur peut également avoir lieu, lors même que les parties génitales externes n'offrent rien d'anormal; *Columbus* (7), *Lieutaud* (8) et d'autres auteurs ont observé ce dernier genre d'anomalies utérines.

Pour reconnaître l'absence complète, ou seulement l'état rudimentaire de la matrice, plusieurs auteurs,

(1) De utero deficiente, apud *Schlegel*, tome I. p. 239.

(2) Lettre 46, numéros 11 et 12.

(3) Art des accouchements, 3e édit., tome 1, chap. 3, p. 168

(4) Répertoire d'anat. pathol., tome V, p. 99.

(5) Traité des maladies chirurg,, tome X, page 423.

(6) Mém. de la société méd. d'émulation, t. II, p. 470.

(7) De re anatomica, lib. XV, page 495.

(8) Histoire anat. méd., tome II, page 343.

entre autres *Plenck* (1), *Morgagni* (2), et *Fodéré* (3), ont indiqué le défaut des mamelles, celui des règles et l'obturation du vagin à son extrémité supérieure. *Metzer* (4) dit avec raison que ces signes, qui sont loin d'être constants, ne donnent que des présomptions insuffisantes pour établir un diagnostic bien positif. En effet, le développement normal des parties externes de la génération et de leurs dépendances peut coïncider d'autant plus facilement avec l'absence ou l'état rudimentaire de l'utérus, qu'il arrive souvent, comme l'ont fait remarquer *Engel* (5) et *Dupuytren* (6), que les ovaires ont leur développement naturel, et que ces organes qui sont chez la femme ce que les testicules sont chez l'homme, constituent spécialement le sexe féminin. D'ailleurs, *Engel*, *Dupuytren* et le professeur *Stoltz*, ont constaté l'absence ou l'état rudimentaire de la matrice, chez des femmes dont les mamelles étaient parfaitement développées ; nous avons connu nous même une femme jouissant d'une bonne santé et mère d'un enfant, quoique n'ayant jamais été réglée ;

(1) Element. med. chirurg. forensis, page 3.

(2) *Morgagni*, lettre 46, numéros 13 et 20.

(3) Fodéré, *Médecine légale*, 2e édition, tome I, page 393.

(4) Principes de médecine légale, traduits de l'allemand, par le docteur *J. J. Ballard*. p. 278.

(5) De utero deficiente, tome I, p. 239.

(6) Répertoire d'anat. patholog., tome V, p. 99.

Zacchias (1), *Fodéré* (2) et plusieurs autres médecins légistes, ont fait connaître des observations du même genre. Enfin l'obturation de la partie supérieure du vagin, n'est pas un signe plus certain, puisque *Haller* (3), *Morgagni* (4), *Nicolon* (5), ont parlé de femmes dont l'utérus existait quoiqu'elles fussent privées de vagin.

Le meilleur moyen de diagnostic consiste à porter un doigt dans le rectum et à introduire une sonde dans la vessie qu'on dirigera de telle sorte, que la convexité de l'instrument explorateur, soit tournée du côté de l'intestin ; en pressant ensuite sur le fond de la poche cystique, on pourra facilement constater s'il existe ou non un corps intermédiaire entre cet organe et le rectum, et si ce corps présente à peu près les dimensions normales de l'utérus. M. le professeur *Stoltz* (6) donne le conseil, surtout si la femme est maigre, de joindre à ce mode d'exploration, la palpation hypogastrique exécutée de manière à ce qu' travers les parois abdominales, on puisse rencontrer les doigts introduits dans le vagin. Nous devons cependant convenir que ces deux bonnes méthodes

(1) Quæst. med. leg., lib. III, tit 1, quest. 2.
(2) Médecine légale, tome I, page 395, 2e édit.
(3) Disput. anatom. ab *Hallero* collect., tome V, p. 327.
(4) *Morgagni*, lettre 46, p. 256.
(5) Thèses de la Faculté de Strasbourg, année 1808.
(6) Thèses de la Faculté de Strasbourg, par M. *Waille*. loc. cit.

d'exploration non seulement ne sont pas toujours facilement applicables, mais que dans quelques cas elles peuvent encore laisser au médecin quelque incertitude, surtout pour l'appréciation exacte du degré de développement de la matrice.

DEUXIÈME SECTION.

LÉSIONS DE SITUATION.

CHAPITRE VI.

Des déplacements et des déviations des organes génitaux urinaires de la femme.

La matrice dans son état naturel, n'étant que lâchement soutenue dans le bassin par ses ligaments, est exposée à une foule de déplacements et de déviations qui changent tous ses rapports, soit avec les autres parties des organes génitaux, soit avec les viscères contenus dans la cavité abdominale.

La plupart des lésions de situation des organes génitaux urinaires de la femme, avaient été observées dés la plus haute antiquité, car *Hippocrate* (1), *Aristote* (2), *Arétée*, *Aspasie*, *Soranus*, *Antillus*, *Oribase*, en font mention dans leurs ouvrages dont *Aetius* nous a fait connaitre quelques fragments (3).

(1) De natura mulierum.
(2) Historia, anomal. lib. VII, cap. 2.
(3) *Ætius*. Tetrab. IV. Serm. 4. cap. 76 et 77.

Hippocrate, qui considérait que le célibat absolu était une des principales causes des dérangements dans la menstruation et par conséquent de l'engorgement de l'utérus, a dit, contrairement à l'opinion de tous les auteurs modernes, que les femmes qui avaient des rapports conjugaux, et dont l'utérus ne restait pas toujours vide, étaient moins sujettes que les vierges aux dérangements de la matrice. Ἢν γὰρ ἰκμελέαι ὦσιν αἱ μῆτραι ἀπὸλαγνειης καὶ κοιλία μὴ κενῶται, οὐ ρηϊδίως στρέφονται. Τουτ' οὖν αἴτιον γίνεται ὥστε αὐτὰς ξυμμύειν, οἷα μὴ λαγνευομένης τῆς γυναικός. (Hipp. op. de Naturâ mul.) Sous ce dernier rapport, le père de la médecine était dans l'erreur, car les déplacements des organes sexuels sont beaucoup plus rares chez les vierges et les femmes nullipares, que chez celles qui sont mariées et qui ont eu des enfants.

Lorsque les lésions de situations des parties génitales sont légères, elles incommodent à pein les femmes qui en sont affectées; mais quand elles sont considérables et permanentes, elles deviennent d'autant plus graves qu'elles peuvent déterminer des incommodités et des accidents qui souvent sont au-dessus des ressources de l'art. Si la trop grande mobilité de l'organe gestateur présente de nombreux inconvénients, son immobilité plus ou moins complète devient aussi une cause de gêne pour les autres viscères qui l'avoisinent, et s'oppose à ce que l'utérus lui-même puisse remplir plusieurs fonctions qui

lui sont dévolues, entr'autres la grossesse et l'accouchement qui exigent des déplacements assez considérables.

Parmi les lésions de situations qui feront le sujet de cette section, nous rangeons :

1° L'hystéroptose ou prolapsus de la matrice.

2° L'antéversion et la rétroversion de cet organe.

3° Son antéflexion et sa rétroflexion.

4° Son obliquité.

5° Son renversement ou inversion.

6° Son élévation.

7° Son immobilité.

8° Ses différentes hernies.

9° Celles de l'ovaire.

10° La cystocèle vaginale.

11° L'entérocèle vaginale.

12° L'entérocèle et la cystocèle vulvaires.

13° La chute de la membrane interne du vagin et l'invagination de ce canal.

DE L'HYSTÉROPTOSE.

L'hystéroptose (1) ou chute de la matrice, est le déplacement de ce viscère qui a lieu en bas et qui peut être complet ou incomplet.

Dans le premier cas, l'organe est tout-à-fait sorti du bassin, et se montre en totalité hors de la vulve ;

(1) Du grec υστερα *uterus*, πρῶσις *chute*.

dans le second cas au contraire, il fait une saillie plus ou moins considérable dans le vagin, mais il ne franchit pas le détroit inférieur.

Le prolapsus utérin peut avoir lieu non seulement pendant la gestation et à la suite de l'accouchement, mais aussi pendant l'état de vacuité, puisqu'on l'a observé même chez des vierges (1).

Cette maladie, que M. *Lisfranc* regarde avec raison comme étant le plus souvent causée par un engorgement de l'utérus, a été divisée par la plupart des auteurs en trois degrés ou variétés que nous allons faire connaître.

Dans le premier degré qui n'est qu'un simple abaissement ou un prolapsus commençant, la matrice descend jusqu'au milieu du vagin qu'elle élargit de plus en plus pour s'y loger. Dans cette sorte de déplacement utérin, qui n'est qu'une affection légère dont cependant il est urgent de s'occuper, les malades se plaignent de douleurs sourdes dans la région lombaire, et de tiraillements vers les aines ; elles éprouvent également une certaine pesanteur vers le fon-

(1) Les déplacements-utérins ne sont aussi rares chez les vierges, surtout avant la puberté, qu'à cause de la petitesse et de la légèreté de la matrice et probablement aussi à cause du resserrement du vagin et des parties qui l'environnent. *Mauriceau*, *Saviard*, *Mouro et Degraaf* sont les seuls auteurs qui aient rapporté des observations de chute complète de l'utérus chez des filles encore vierges.

dement et une sorte de pression qui augmente et devient plus douloureuse, lorsqu'elles se tiennent long-temps debout ou qu'elles marchent plus que de coutume.

En pratiquant le toucher vaginal, on distingue bientôt le col de la matrice, et l'on sent le museau de tanche appuyé sur la paroi postérieure du vagin, de telle sorte que pour trouver l'orifice de l'organe gestateur, il faut soulever le col et passer le doigt derrière lui. On rencontre souvent dans ce cas un espace vide, formé par le cul-de-sac du canal vulvo-utérin, dont la cavité présente alors un plus grand diamètre qu'à l'état normal.

Dans le deuxième degré, qui constitue la *descente proprement dite, ou le semi-prolapsus*, la matrice qui se présente au milieu de la vulve, repose dans toute son étendue sur la paroi postérieure du vagin qui se trouve alors complètement obturé et dont le plus souvent les deux tiers supérieurs sont retournés sur eux mêmes, comme un doigt de gant refoulé par son sommet. L'utérus, dans la nouvelle situation qu'il occupe, en suivant la direction de l'axe du détroit inférieur, a pris une position tout-à-fait différente de celle qu'il affecte ordinairement.

La tumeur insolite qui fait saillie à l'entrée du vagin peut être facilement soulevée avec un doigt, mais elle retombe aussitôt qu'on cesse de la soutenir, si l'utérus n'a pas contracté des adhérences avec les pa-

rois vaginales. On reconnaîtra facilement la nature de cette tumeur par la présence du museau de tanche et du col de l'utérus dont le pourtour est entouré par une sorte de bourrelet formé par les parois du canal vulvo-utérin. Si, en pratiquant le toucher avec le doigt indicateur d'une main, on porte en même temps la main restée libre sur l'hypogastre, on pourra, à moins que les parois abdominales ne soient trop épaisses, ce qui, dans ce cas, est très rare, on pourra, disons-nous, reconnaître non seulement le vide que laisse dans le bassin le déplacement de la matrice, mais encore par cela même il sera possible de distinguer le prolapsus utérin, de l'alongement du col qui, quelquefois, est très considérable.

La plupart des symptômes que les malades éprouvent dans les descentes, au second degré, sont déterminés, soit par la compression que la matrice exerce sur les parties voisines, particulièrement sur la vessie et le rectum, soit par les tiraillements qu'éprouvent les ligaments utérins. Ce qui ne laisse aucun doute à cet égard, c'est que tous les accidents diminuent avec le repos et surtout pendant la position horizontale, tandis qu'ils redoublent d'intensité lorsque les malades se lèvent et veulent marcher. Si le déplacement s'est fait lentement, les accidents qui en sont la suite sont moins graves que si le prolapsus s'est fait subitement. Dans ce dernier cas, il survient souvent des syncopes prolongées, des pertes

utérines abondantes, des douleurs vives dans le bassin, des vomissements et quelquefois même une péritonite intense ; dans le premier cas, au contraire, c'est-à-dire lorsque le prolapsus a eu lieu graduellement, on remarque rarement tous ces accidents, parce que les organes ayant quitté lentement leur situation naturelle, se sont en quelque sorte habitués à la position anormale où ils se trouvent.

Comme les phénomènes qui accompagnent la chute incomplète de la matrice au second degré, ne sont pas constamment les mêmes et peuvent varier, selon que la distension des ligaments utérins et la compression de la vessie et du rectum sont plus considérables, nous allons indiquer les symptômes qui se manifestent dans la plupart des cas.

Les malades ne peuvent rester que difficilement debout ou assises et ne trouvent de soulagement que dans la position horizontale. Elles éprouvent des douleurs vers les aines, les lombes et la région hypogastrique, et un sentiment de pesanteur vers l'anus, le périnée et la vulve; enfin elles sentent bien distinctement la présence d'une tumeur volumineuse qui au moindre effort, semble menacer de s'échapper de la vulve. Comme les femmes enceintes, elles sont sujettes à des inapétences, des nausées et même à des vomissements résultant de la connexion sympathique de l'estomac avec l'utérus.

A ces symptômes, il faut encore ajouter la consti-

pation, la dysurie et même l'ischurie qui sont déterminées par la compression que la tumeur exerce de plus en plus sur la vessie et le rectum, à mesure que l'utérus descend dans le vagin. L'irritation que cet organe éprouve dans cette situation anormale et probablement aussi, l'obstacle que son déplacement apporte à la circulation utérine, donnent lieu souvent à une inflammation accompagnée de rougeur vive et de tuméfaction plus ou moins considérable.

La descente incomplète de l'utérus, présente souvent aux praticiens une certaine obscurité qu'il est impossible de dissiper entièrement sans avoir recours au toucher convenablement pratiqué et de la manière que nous allons indiquer. D'abord, il faudra examiner la femme debout, parce que le prolapsus est plus considérable que dans la position horizontale où il disparaît souvent. Si la malade a l'habitude de se lever très tard, il faudra différer l'exploration de quelques heures et avoir soin de ne la tenter qu'après avoir fait vider le rectum et la vessie, parce que lorsque ces organes sont dilatés pas les excréments ou l'urine, la matrice, qui alors est plus ou moins comprimée , se trouve toujours plus procidente qu'elle ne l'est dans les conditions opposées. En tenant compte de toutes ces circonstances et en se rappelant ce que nous allons encore ajouter sur ce sujet, on reconnaîtra facilement une chute incomplète, et on pourra toujours la distinguer des autres

affections avec lesquelles on l'a souvent confondue.

Parmi les lésions qui ont donné lieu à des erreurs de ce genre, on peut citer, l'alongement du col, les tumeurs fongueuses développées sur cette organe, et surtout les polypes utérins parvenus dans le vagin par l'orifice de la matrice. On trouve dans les annales de la science, qu'après un examen peu attentif, des chirurgiens ; croyant enlever un polype développé dans la cavité ou sur le col de la matrice, ont extirpé complètement cet organe qui présentait un prolapsus au deuxième degré.

On évitera une semblable méprise, si on ne perd jamais de vue ce principe : que les tumeurs formées par la matrice procidente, sont plus dures et plus sensibles que les polypes et que d'ailleurs on trouve toujours à leur extrémité inférieure, le museau de tanche qu'il est impossible de confondre avec une ouverture accidentelle qui se trouverait sur la surface du polype, parce que alors on ne pourrait y faire pénétrer une sonde aussi profondément que dans la cavité utérine. D'ailleurs la tumeur formée par un polype est toujours plus large à son extrémité inférieure, tandis que celle qui résulte d'un prolapsus au second degré présente un cône à base supérieure, et se trouve par conséquent plus étroite en bas qu'en haut.

Enfin pour achever de dissiper les doutes qui pourraient encore rester dans l'esprit de l'observateur,

il devra encore se rappeler que les polypes utérins sont irréductibles et ne permettent pas qu'on en tente la réduction sans causer des douleurs insupportables. Les matrices procidentes au deuxième degré sont au contraire en général facilement réductibles, et de plus, leur réduction procure toujours un grand soulagement aux malades.

Une chute incomplète de l'utérus n'est pas toujours un obstacle à la conception; nous avons donné des soins à une marchande ambulante de poissons, qui était devenue enceinte et qui est accouchée heureusement, malgré un prolapsus formant une tumeur saillante d'un pouce hors des grandes lèvres. Dans la position horizontale, la matrice de cette femme se réduisait en partie et rentrait de quinze à vingt lignes dans le vagin. La fécondation a pu même avoir lieu avec une chute presque complète; mais dans ce cas, le coït s'est exercé directement dans l'utérus, à travers le museau de tanche. *Choppart* rapporte, d'après *Marignes*, l'observation d'une fille, affectée depuis l'âge de quatorze ans, d'un prolapsus incomplet, qui augmenta insensiblement. Le mari de cette jeune personne fit pendant long-temps des efforts inutiles pour la rendre mère, et ne put y réussir qu'après être parvenu à dilater avec le pénis l'orifice utérin, de manière à consommer l'acte de la génération dans la cavité même de la matrice; la grossesse suivit toutes ses phases sans accidents et sans occa-

sionner beaucoup d'incommodités. Cependant lors de l'accouchement, la dilatation ne se faisant pas suffisamment pour extraire l'enfant qui était mort, on pratiqua deux incisions opposées, et tout se passa ensuite sans accidents.

Plusieurs auteurs, entre autres *Haller* (1), d'après *Kulm*, *P. Portal* (2), M. *Nauche* (3), ont rapporté des exemples de prolapsus utérins qui avaient eu lieu à différentes époques de la grossesse. *Mauriceau* (4), *Paul Portal* (5), *Brodmann* (6) ont observé que des hystéroptoses incomplètes et réductibles, ayant disparu dans les premiers mois de la gestation, se sont reproduites plus tard, et même au moment du travail. D'après les observations de *Garin* (7) et de *Ducreux* (8), le prolapsus semble avoir eu lieu sans procidence antérieure, et seulement à l'instant des contractions utérines déterminées par la parturition. Dans quelques cas, la matrice est restée jusqu'à l'accouchement partie dans la cavité pelvienne, partie

(1) Disputationes chirurg. select. *Haller*, tom. III, p. 587.

(2) La prat. des accouch. sout. d'un grand nombre d'observ. Observ. X.

(3) Maladies propres aux femmes, tom. I, page 85.

(4) Observ. sur la grossesse et l'accouch. Observ. VI.

(5) Loco. citat. Observ. X.

(6) Ephem. decur. II, an 3, page 368.

(7) Journal de méd. tom. IV, page 165.

(8) Mémoires de l'Acad. de chirurg. tom. VIII, page 493.

hors de la vulve. *Wagner* (1) et *Choppart* (2) citent chacun une observation de ce genre. Enfin, quelquefois le prolapsus s'est réduit spontanément aux approches du travail de l'enfantement, ainsi que le prouvent les faits publiés par *Loder* (3) *Saviard* (4), *Portal*, (5) *Choppart*.

Lorsque l'hystéroptose incomplète devient complète, alors tous les symptômes causés par la compression de la vessie et du rectum diminuent sur le champ, et bientôt l'expulsion de l'urine et des matières fécales a lieu sans difficultés. Cependant si les accidents disparaissent en partie, ils sont remplacés par l'accroissement d'intensité des phénomènes qui résultent du tiraillement et de la distension des ligaments péritonéaux et par une foule d'autres symptômes, que nous allons indiquer en parlant de la *chute complète ou précipitation de l'utérus*.

Dans ce troisième degré d'hystéroptose, tout le corps de la matrice a franchi la vulve, et l'organe entier, qui se présente mobile et suspendu entre les cuisses de la femme, a entraîné dans sa chute non-seulement une partie du vagin qui se retourne sur

(1) Biblioth. méd. tom. XIII, page 114.

(2) Traité des maladies des voies urinaires, tom. II, 73.

(3) Journ. für die chirurg. V. II, page 13.

(4) Mémoires de l'acad. de chirurg. tom. III, et observ. chirurg.

(5) Journal de méd. tom. XLV.

lui-même; mais encore les annexes utérins, la vessie et une portion du rectum (1). Le déplacement de ces organes forme un cul-de-sac bientôt rempli par les intestins grêles, et donnant naissance à une autre tumeur plus ou moins volumineuse, qui s'oppose à la réduction de la matrice.

La saillie que cet organe fait au dehors est quelquefois de six, huit ou même dix pouces (2) à son origine, et la tumeur qui en résulte est étranglée, ovoïde ou globuleuse, mais le plus souvent elle est conoïde, à base large et remplissant tout l'orifice vulvaire dont les lèvres semblent s'alonger par la présence du corps étranger qui les tient continuellement béantes.

Quelle que soit la forme de l'utérus précipité, on aperçoit le col dont l'ouverture souvent très rétrécie (3), est arrondie ou sémilunaire, et laisse ordinai-

(1) Les autopsies et les observations publiées par *Kerckring* (spicilegium anat. Contin. observ. rariorum), *Boehmer* (in disput. chirurg. *Haller*, t. III, page 557), *Kulm* (id. pag. 588), *Ruysch* (Observ. anat. VII.) *J. Cloquet* (Thèse de concours. Paris 1831), prouvent parfaitement que le vagin procident entraîné par la matrice, contient dans la poche qu'il forme, une partie ou la totalité des organes qui l'avoisinent.

(2) *Mauriceau, Saviard, Ruisch, Hoin*, ont cité des observations de prolapsus complets qui formaient une tumeur se prolongeant jusqu'au delà de la partie moyenne des cuisses.

(3) *Boehmer*. Disput. chirurg. *Haller* tom. III, page 558. Orificium uteri ita angustum, ut vix, ac ne vix quidem, acû in cavitatem uteri penetrare poteruimus.

rement s'échapper un écoulement muqueux, et même le flux des règles aux époques de la menstruation.

Il arrive quelquefois que l'utérus ainsi déplacé, devient le siége de douleurs aiguës et d'hémorrhagies abondantes ; la tumeur qu'il forme étant toujours baignée par les urines et irritée par le frottement continuel des cuisses et des vêtements pendant la marche, s'enflamme, se gonfle, s'excorie, et souvent même se gangrène en partie ou en totalité. D'autres fois la tumeur non réduite devient une maladie chronique, et la membrane interne du vagin qui la tapisse, exposée à un frottement continuel et au contact de l'air, prend l'aspect de la peau, de manière que la matrice précipitée a été prise pour un membre viril difforme et qu'on a regardé comme étant hermaphrodites des femmes qui présentaient un prolapsus avec tous les caractères que nous venons d'indiquer. *Saviard*, que son génie observateur portait à recueillir les faits les plus rares et les plus intéressants de son art, a donné, parmi ses observations mises en ordre par *Devaux*, l'histoire d'une fille de Toulouse, qui passait pour hermaphrodite et qui, selon lui n'avait qu'une chute complète de la matrice (1). Le célèbre chirurgien de Charles IX, le

(1) Cette jeune fille, appelée *Marguerite Malaure*, avait été condamnée par les magistrats de Toulouse à porter les habits d'homme ; son sexe lui fut *rendu* par *Saviard* en réduisant la tumeur qui avait causé cette étrange méprise ; elle put alors

naïf *Ambroise Paré*, raconte qu'une femme, pour exciter la pitié et s'attirer des aumônes, avait simulé une chute de l'utérus, au moyen *d'une vessie, demi-pleine de vent et barbouillée de sang*, qu'elle fixait au moyen d'une éponge introduite dans le vagin.

Si les prolapsus de la matrice sont si rares chez les vierges et ne se rencontrent guère que chez des femmes qui ont eu des enfants, principalement celles qui ont accouché plusieurs fois, c'est que pendant la grossesse, les ligaments utérins s'alongent considérablement et ne reviennent que lentement à leur état normal après l'accouchement. En réfléchissant à cela, et en se rappelant d'ailleurs qu'après l'accouchement l'organe gestateur est beaucoup plus volumineux, et par conséquent plus lourd que dans son état ordinaire, on comprendra pourquoi les déplacements de l'utérus sont si fréquents et si faciles dans les premiers jours qui suivent la parturition, surtout chez les femmes qui ont accouché debout ou qui se sont levées trop promptement.

Les causes prédisposantes des prolapsus de l'utérus sont : la capacité ou la brièveté congéniale du vagin ; les dimensions trop considérables du bassin, soit par son évasement, soit par défaut d'embon-

reprendre les habits de femme qu'on lui avait défendu de porter. Cette précipitation complète était probablement congéniale, car la jeune fille disait : « *qu'elle ne s'était jamais connue autrement.* » Le médecin *Duval* a fait une méprise du

point, les grossesses répétées, les engorgements de l'utérus, les tumeurs squirrheuses, fibreuses ou stéatomateuses développées sur cet organe, ou sur le mont de Vénus, comme *Wagner* (1) en rapporte un exemple, l'abus du coït, la phlegmasie chronique et le relâchement naturel ou accidentel des expansions péritonéales, qui fixent la matrice au bassin, au rectum et à la vessie. Enfin une leucorrhée ancienne et abondante, un tempérament lymphatique, l'habitation dans un lieu bas et humide, et surtout un état subit ou habituel de maigreur, disposent aux prolapsus de la matrice.

Les causes occasionnelles ne sont pas moins nombreuses que les causes prédisposantes. Ainsi ces affections sont plus communes dans les classes inférieures de la société, où les femmes se tiennent plus long-temps debout, marchent plus fréquemment, et font de violents exercices peu de temps après leur accouchement. Les chutes sur les pieds, sur les fesses ou sur l'hypogastre, les pressions exercées sur

même genre, mais encore moins excusable, car la femme qui y avait donné lieu, appelée Marie *Lemarcis*, n'était affectée que d'un prolapsus au deuxième degré.

(1) Biblioth. méd., tom. XIII, page 114. Dans l'observation rapportée par *Wagner*, la matrice avait été entraînée par une tumeur énorme du mont de Vénus et avait cédé à une impulsion communiquée de haut en bas assez puissante pour faire céder la matrice, mais trop faible pour pouvoir s'enfoncer avec elle dans la cavité pelvienne.

l'abdomen par des vêtements trop étroits ou un corset trop serré, les efforts pénibles pour soulever un fardeau, ou porter long-temps sur le ventre comme le font à Paris les marchandes ambulantes, les secousses qu'imprime le cahotement d'une voiture mal suspendue, en un mot, tous les mouvements qui exigent une contraction forte et souvent répétée du diaphragme et des muscles abdominaux, tels que les efforts qui résultent de la défécation, du vomissement, de l'action de rendre l'urine, de tousser, d'éternuer, de chanter, enfin, la danse, la lutte, le saut, l'équitation, peuvent être autant de causes occasionnelles de l'affection qui nous occupe.

L'avortement, les douleurs violentes de l'enfantement, surtout dans les accouchements debout, les tractions et les manœuvres imprudentes exercées sur la matrice pour extraire l'enfant, ou le placenta; l'empressement que mettent les femmes à marcher après leur accouchement et avant que les ligaments utérins aient recouvré leur consistance normale toutes ces causes enfin, donnent souvent lieu aux divers degrés de procidence de l'utérus.

Abandonnée aux seuls efforts de la nature, l'hystéroptose peut devenir bientôt incurable, car elle tend toujours à faire de nouveaux progrès; les chances de succès sont d'autant moins favorables, que la maladie est plus ancienne, l'abaissement plus considérable, et que dans l'ensemble des circonstances

se trouvent des conditions plus désavantageuses. Les suites de cette affection même complète, pourraient ne jamais compromettre la vie des femmes, s'il ne venait s'y joindre des complications qui souvent sont les effets et les causes de l'affection principale, et aggravent toujours le pronostic déjà si fâcheux par lui-même. Ainsi, la chute et le relâchement du vagin, la conformation vicieuse de la cavité pelvienne, l'hydropisie, l'état de marasme, la présence d'un squirrhe sur le col ou de plusieurs polypes dans l'utérus, celle d'un enfant dans ce même organe, ou d'un calcul dans la vessie, sont autant de complications qui changent les indications, toujours au désavantage des malades et qui peuvent leur devenir funestes, non seulement en s'opposant à la réduction du prolapsus, mais encore en nécessitant certaines opérations et des soins particuliers dont nous aurons bientôt à nous occuper.

A ces cas malheureux qui sont presque toujours au-dessus des ressources de l'art, et dont le praticien est forcé à devenir le triste et impuissant spectateur, on n'oppose que des moyens palliatifs, et de faibles modificateurs qui n'apportent le plus souvent que très peu de soulagement.

Le traitement de l'hystéroptose offre deux indications principales à remplir : la première est de remettre l'organe dans sa position naturelle; la se-

conde est de s'opposer à ce qu'il ne se déplace de nouveau.

En général, il est facile de rendre sa situation normale à la matrice procidente au premier ou second degré, exempt de complication. Il suffit pour cela de faire coucher la malade sur le dos, de manière à ce que le bassin soit plus élevé que la poitrine et que les muscles abdominaux soient dans le plusgrand relâchement possible. L'organe gestateur prend alors sa position ordinaire, et la réduction se fait encore plus facilement, si on a le soin de porter un ou deux doigts dans le vagin, de manière à refouler doucement le col utérin dans la cavité pelvienne.

Lorsqu'après la réduction; il ne reste plus de traces d'inflammation, il est souvent utile, pour obtenir une cure radicale, de prescrire des injections astringentes, employées à froid, et faites deux ou trois fois par jour, soit avec de l'eau végéto-minérale, ou avec une solution de deux gros de sulfate d'alumine, pour une livre d'eau; soit avec une décoction de quinquina, de racines de grande consoude, de bistorte, de tormentille, d'écorce de grenade, ou toute autre substance astringente. Les bains de rivière en été, les douches et les injections sulfureuses seront plus tard employés comme des moyens propres à consolider la guérison.

Ordinairement, le simple abaissement de la matrice, ou le prolapsus au premier degré, ne causant

que peu d'incommodités, il en résulte que les femmes, qui d'ailleurs y sont portées par un sentiment de pudeur naturel mais non raisonné, n'osent se confier à un médecin, et laissent à la nature le soin de les guérir d'une infirmité dont elles ne connaissent pas les fâcheuses conséquences. Mais comme les désordres survenus dans l'économie tendent à faire des progrès, le mal s'aggrave, les souffrances augmentent tous les jours, et l'on voit un simple abaissement devenir bientôt une descente proprement dite, et celle-ci présenter à son tour tous les caractères allarmants d'un prolapsus complet.

Il est des femmes qui gardent cette dégoûtante et pénible infirmité pendant de longues années et qui même parviennent à un âge très avancé, sans éprouver des accidents bien graves; il en est d'autres chez qui la réduction de l'utérus ne peut être faite, soit parce que ce viscère a contracté des adhérences, ou contient dans sa cavité un fœtus de plusieurs mois, soit parce qu'il présente d'autres obstacles insurmontables ou du moins susceptibles de faire développer des accidents capables de donner promptement la mort. Nous indiquerons bientôt le moyen à employer dans les cas rares et malheureux où toutes les tentatives de réduction sont infructueuses.

Pour obtenir la réduction de l'hystéroptose complète, on éprouve toujours beaucoup plus de diffi-

culté que dans le premier et le second degré de prolapsus utérin.

Avant de procéder à la réduction de la matrice sortie en totalité de la vulve, il faut faire uriner la malade, ou vider la vessie au moyen du cathétérisme, et le rectum à l'aide d'un lavement. Si, comme il arrive souvent, la tumeur utérine est douloureuse et irritée par l'action de l'air, de l'urine, ou par le frottement, on appliquera sur la partie, des cataplasmes émollients, et on combattra le gonflement au moyen des remèdes généraux, tels que les fomentations, les bains, les saignées, la diète, les boissons délayantes, un régime adoucissant, les laxatifs, etc. Ces moyens seront surtout indiqués dans les cas de chute ancienne de l'utérus.

Lorsqu'on aura ramené les parties dans des conditions plus favorables à la réduction, on fera prendre à la femme une position encore plus déclive que celle déjà indiquée pour les chutes incomplètes ; puis le chirurgien, après avoir eu la précaution d'oindre d'huile ou de cérat ses doigts et la tumeur même, saisira cette dernière de la main droite, et en lui faisant exécuter quelques légers mouvements de rotation, d'abaissement et d'élévation, la refoulera dans l'intérieur du bassin, en suivant l'axe du détroit inférieur, pendant que les doigts de la main gauche seront placés vers les grandes lèvres, pour faciliter la rentrée des parties.

Aussitôt que la portion supérieure de la matrice qui présente le plus grand diamètre, a franchi la vulve, le reste de l'organe rentre facilement et va bientôt, en l'aidant un peu, reprendre sa position naturelle.

Si malgré les moyens indiqués plus haut, le volume de la tumeur, augmenté par son état d'inflammation, l'épaississement des tissus ou une infiltration, semblaient en rendre trop difficile la réduction, il faudrait suspendre toutes tentatives qui tendraient à l'opérer, et attendre, pour en essayer de nouvelles, d'avoir eu non-seulement recours à la position horizontale prolongée, mais encore à tous les agents thérapeutiques propres à combattre les complications. Lorsqu'on aura obtenu un peu d'amélioration et une diminution notable de la sensibilité et du volume de la tumeur, alors seulement on devra faire de nouvelles tentatives pour opérer la réduction. Si pour obtenir cet heureux résultat on éprouvait encore de grandes difficultés, ou si l'on craignait de déterminer par des manœuvres trop prolongées, une inflammation qui pourrait avoir des suites plus fâcheuses que celles du prolapsus complet, il faudrait renoncer à la réduction et se contenter d'un traitement palliatif.

On ne doit cependant pas renoncer facilement à l'espoir de réduire les hysteroptoses les plus considérables et même les plus anciennes. *Saviard* par-

vint à opérer la réduction de celle de Marguerite *Malaure*, qui était congéniale. Plusieurs autres chirurgiens cités par *Sabatier* (1), entre autres *Mauriceau*, *Saviard*, *Hoin*, *Leblanc*, ont réduit des prolapsus effrayants, dont le volume avait d'abord diminué, au moyen du repos prolongé, de la diète, des bains, de la saignée, des émollients, etc. Le docteur *Léveillé*, et après lui le docteur *Bobe-Moreau* (bull. de la fac. de méd. 1815, n° 4.), ont rendu réductible un prolapsus ancien, au moyen de la compression exercée par un bandage en doloire. Cependant nous rappelons encore le conseil que nous avons déjà donné, qu'il ne faut pas insister sur des tentatives de réduction, si l'on rencontrait trop d'obstacles ; il est arrivé que des manœuvres imprudentes et inconsidérées ont déterminé des maladies mortelles, telles que la péritonite et la métrite aiguës (nouvelle bibl. méd. deuxième année, tom. IV, p. 215).

Lorsqu'après l'emploi préliminaire des moyens indiqués plus haut, des tentatives réitérées auront rendu évidente l'impossibilité de faire rentrer l'utérus, on devra alors se borner à soutenir la tumeur avec un suspensoir convenable qu'il faudra oindre de

(1) *Sabatier* dans les Mémoires de l'académie de chirurgie, tom. III, page 373, dit « qu'il n'est aucune précipitation de la matrice qu'on ne puisse parvenir à faire rentrer, quel qu'en soit le volume ; mais cet habile praticien ajoute qu'il est souvent impossible de la maintenir.

cérat, afin de diminuer le mauvais effet du frottement de la toile.

Pour obvier peut-être encore mieux à cet inconvénient, nous avons conseillé et fait employer avec avantage une sorte de bandage doublé de taffetas gommé, dont la surface, très lisse et mise en contact avec la tumeur, non-seulement détermine moins de frottement que le linge le plus fin, mais encore peut se nettoyer plusieurs fois dans la journée, et de plus étant imperméable, s'oppose à ce que l'urine ne baigne continuellement la matrice et n'y détermine des excoriations douloureuses. Pour avoir une idée assez exacte de ce suspensoir utérin, nous renvoyons nos lecteurs au dessin que nous en donnons à la fin de cet ouvrage.

Lorsque la précipitation de la matrice surviendra à une époque avancée de la grossesse, cet état ne devra pas empêcher le chirurgien de tenter la réduction, qui est quelquefois assez facile dans un terme peu avancé et surtout lorsqu'on opère sans perdre de temps. Comme avant de commencer aucune tentative on doit, ainsi que nous l'avons dit, faire vider le rectum et la vessie, nous devons rappeler ici que l'introduction de la sonde n'est pas toujours facile, à cause du dérangement survenu dans la position naturelle de la vessie et du canal de l'urètre. Il est même des cas où les sondes de femme ne pouvant convenir, il faut recourir aux sondes d'hommes, in-

troduites en les rapprochant de l'hypogastre, du côté de leur concavité.

Dans le cas où la grossesse serait très avancée, la maladie déjà ancienne et la réduction devenue très difficile, il serait prudent d'abandonner toute tentative nuisible alors à la mère et à son enfant (1). On se contentera donc de soutenir l'utérus au moyen du suspensoir que nous venons d'indiquer, et on fera garder le lit et la position horizontale. La gestation étant arrivée à son terme, on facilitera la sortie du fœtus en dilatant peu à peu l'orifice, et on procédera aussitôt à l'extraction du placenta, en portant la main dans la matrice pour le décoler et non en tirant sur le cordon. La réduction se fait d'autant plus facilement que l'utérus a diminué de volume d'une manière subite, et que ses contractions vives et réitérées resserrent beaucoup ses parois.

Si la précipitation utérine survenait pendant le travail de la parturition, il serait également dangereux de tenter la réduction, mais on devrait tâcher de hâter la sortie de l'enfant en dilatant le museau

(1) *Mauriceau*, (Observ. 67 et 95), a opéré la réduction au terme de quatre et de cinq mois, et *Giroud* est parvenu au même résultat dix jours seulement avant l'accouchement (M. *Dugès* et Mme *Boivin*). M. *Capuron* (Maladies des femmes, page 301), a prouvé que la matrice peut cesser d'être réductible après les premiers mois de la gestation et que la gêne qui résulte de cette irréductibilité peut amener l'avortement.

de tanche et en soutenant l'organe procident. L'extraction du placenta sera faite comme nous l'avons indiquée, c'est-à-dire, en introduisant une main dans la matrice, et en agissant de la circonférence au centre. Après l'expulsion du fœtus, la réduction se fait ordinairement avec facilité.

Avant de terminer ce que nous avions à dire du prolapsus chez les femmes enceintes, nous devons ajouter que cette affection leur occasionne presque toujours une rétention d'urine, à laquelle on remédie en portant un doigt derrière la symphise pubienne, afin d'écarter le corps de la matrice et faire cesser la pression qu'il exerce sur le col de la vessie et le canal de l'urètre. Il sera bon d'indiquer ce moyen de soulagement aux femmes sujettes à cette incommodité ; elles le mettront en pratique jusqu'à l'époque où l'utérus aura acquis assez de développement pour se maintenir au-dessus du détroit, ce qui a lieu ordinairement après le quatrième ou le cinquième mois.

A quelque époque que la réduction de la tumeur soit opérée, il reste une indication essentielle à remplir, c'est de s'opposer à sa sortie au moyen de tampons et de pessaires de nature diverse et variés dans leur forme, leurs dimensions et leur substance.

Ces instruments sustentateurs ne sont pas absolument nécessaires quand l'affection est récente et a eu lieu brusquement, mais ils sont le plus souvent in-

dispensables lorsque le prolapsus est ancien et la tumeur volumineuse.

DES PESSAIRES ET DE LEURS VARIÉTÉS.

On donne le nom de pessaire (1) à des instruments destinés à être placés dans le vagin, soit pour maintenir réduites les hernies formées à travers les parois de ce canal, ou pour empêcher la chute et le renversement de l'organe lui-même, soit aussi, ce qui a lieu le plus souvent, pour prévenir le prolapsus et les déviations de l'utérus.

L'usage des pessaires dans les déplacements des organes génito-urinaires, remonte à la plus haute antiquité; les Égyptiens, les Grecs, les Romains, les Arabes et tous les médecins anciens sans excepter *Hippocrate*, en faisaient un usage beaucoup plus fréquent que nous, parce qu'ils les employaient non-seulement comme moyens mécaniques et chirurgicaux, mais encore comme des médicaments topiques, qu'ils variaient selon l'affection qu'ils voulaient combattre; ainsi ils en fabriquaient d'émollients, de toniques d'astringents, d'emménagogues, d'antihémorrhagiques, etc., d'après l'indication qu'ils avaient à remplir.

L'usage des pessaires comme médicaments topiques est depuis long-temps presqu'entièrement

(1) Du grec πεσσος, tiré du verbe πεσσειν, *ramollir*, *retenir*, *tenir en place*.

tombé, et ces instruments ne s'emploient plus de nos jours, ainsi que nous venons de le dire, que pour remédier aux déplacements et aux déviations des organes génitaux urinaires de la femme.

Les anciens faisaient leurs pessaires avec diverses substances, telles que la laine, les feuilles des plantes, la charpie ou le linge roulé, qu'ils entouraient d'un long fil pour les retirer après les avoir introduits. Plus tard on a substitué à ces substances des gommes, des résines, de la cire, qu'on amollissait pour leur donner la forme la plus convenable. Les Arabes, entre autres *Albucasis* (1), se servaient, pour tenir réduite la matrice, d'une petite vessie de brebis remplie d'air, ou d'une matière appelée *coto* (*impleatur coto*), et laissée dans le vagin jusqu'à parfaite guérison. Le professeur *Osiander*, dans son *Compendium des accouchements*, conseille, à l'imitation des Arabes et d'*Apsyrte*, d'introduire dans le vagin un petit sachet de toile fine, préliminairement rempli de tan et trempé dans du gros vin.

D'autres auteurs ont prescrit l'introduction dans le vagin d'une éponge fine, cylindrique ou ovalaire, enduite d'un corps gras et soutenue par un bandage. On a confectionné ensuite des pessaires plus solides, dont la matière varie à l'infini; ainsi on a tour à tour employé les bois légers, tels que le tilleul et le liége;

(1) *Albucasis*, lib. III, cap. XIX. Quando frangitur vulva mulieris.

les bois durs, tels que le sorbier et le buis; les substances animales, entre autres la corne, l'ivoire, la cire, le cuir; enfin les métaux, particulièrement l'or, l'argent, le cuivre, le plomb, l'étain.

Ne trouvant pas dans chacune de ces substances prises séparément, les conditions nécessaires pour avoir de bons pessaires, on a cherché à les associer les unes aux autres. Le liége, par exemple (1), avait l'avantage d'être léger, élastique et résistant, mais il offrait l'inconvénient d'être trop poreux, et de s'imbiber des mucosités et des autres fluides qui découlent des parties dans lesquelles ils se trouvait placé ou simplement en contact. Cet inconvénient était d'autant plus grand, que les humeurs retenues dans les interstices du liége se putréfiaient rapidement et ne tardaient pas à donner naissance à une odeur repoussante et à une foule d'accidents plus ou moins facheux. *Roussel* (*de partû cæsareo*), rapporte qu'une femme à qui il donnait des soins pour une inflammation de la vessie et de la matrice, ne vit disparaître ses douleurs et tous les symptômes morbides qu'elle éprouvait, qu'après la sortie spontanée par le vagin de plusieurs morceaux de liége pourri, qui

(1) C'est surtout du temps de *Levret* que les pessaires en liége avaient pris vogue. Ce célèbre praticien, non-seulement leur prodigua de grands éloges et les préféra à tous les autres, mais encore décrivit fort au long la manière de les confectionner dans un mémoire publié dans le tome XXXIV, page 428 de l'ancien journal de médecine.

étaient les débris d'un ancien pessaire, qui avait été placé dix-huit ans auparavant. *Sabatier* (Mémoires de l'académie de chirurg., tome III), dit que M. *Grammont* fit part à l'Académie de l'observation d'une dame, qu'il traita comme étant affectée d'une fièvre putride et d'une inflammation du bas-ventre, causées par un pessaire en liége qui s'était pourri dans le vagin. *Delamotte* (1) rapporte également que pour soulager les douleurs atroces d'une dame qui portait un pessaire de liége depuis trois ans, il fut contraint, pour en faire l'extraction, de se servir d'instruments et de tirer de toutes ses forces. Cet auteur ajoute qu'il ne reconnut la cause de cette difficulté qu'après avoir retiré le pessaire qui était pétrifié, « de ma-
» nière qu'il n'y avait aucune différence entre ce
» pessaire et une véritable pierre extraite de la ves-
» sie, qui aurait été d'une grosseur extraordinaire. »

Afin de s'opposer le plus possible à l'imbibition des fluides, on a induit les pessaires de liége d'une couche assez épaisse de cire vierge, ce qui effectivement diminuait un peu leurs désavantages et retardait un peu leur altération. C'est également pour les mêmes motifs qu'on a recouvert les pessaires de bois de tilleul d'un verni plus ou moins résistant.

L'ivoire et les bois durs étant trop lourds, blessent les parties par leur dureté et ne sont plus em-

(1) Mém. de l'acad. de chirurg. Tom. II.

ployés que par les chirurgiens anglais ou pour confectionner les pessaires en bilboquet à cuvette. *Haller* a publié l'observation d'une dame, chez laquelle un pessaire de bois en forme de boule, qu'on avait appliqué pour remédier à une incontinence d'urine, par paralysie du sphincter de la vessie, avait transpercé la cloison recto-vaginale, de telle sorte qu'après l'extraction du pessaire qui fut faite au moyen de tenettes, les matières fécales sortaient en partie par le vagin. (*Collect.* discuss. méd. chirurg. t. III, p. 595.) *De incontinentiâ urinæ globulis ligneis curandâ.*

La cire et la résine ont été rejetées, parce qu'elles sont trop cassantes, et les métaux, parce qu'ils ont tous l'inconvénient d'être trop durs, trop pesants et quelques-uns trop chers; d'ailleurs ils se corrodent et s'oxident plus ou moins, surtout vers les soudures; ce qui peut occasionner des accidents fâcheux. *Morand* (Opuscules de chirurg., t. II) rapporte qu'ayant lui-même introduit chez une femme un pessaire d'argent, recouvert d'une feuille d'or, il fut peu de temps après rappelé par cette dame qui éprouvait de graves incommodités, de vives douleurs dans le bassin et un écoulement extrêmement fétide : elle attribuait son mal à son pessaire. *Morand*, l'ayant retiré, le trouva corrodé, percé de plusieurs trous, et de plus, recouvert de concrétions pierreuses.

Il nous reste à parler des pessaires qui sont actuel-

lement le plus souvent mis en usage, c'est-à-dire, ceux qu'on appelle si improprement pessaires de gomme élastique, quoiqu'ils ne soient réellement composés que d'un tissu de lin, de soie, de coton, quelquefois d'un feutre serré, que l'on recouvre de plusieurs couches d'huile siccative de lin. Cette dernière espèce de pessaire est préférable à ceux que nous venons de citer, quoiqu'ils ne soient pas exempts d'altération ; ils ont du reste l'inconvénient d'être peu élastiques et de se couvrir souvent et facilement d'une incrustation calcaire, capable de déterminer une vive inflammation de la matrice et du vagin, qui, comme nous l'avons déjà dit, deviennent le siége d'ulcérations et d'écoulements très fétides.

Dans son excellent mémoire sur la *Cystocèle vaginale*, publié en 1832 dans la Revue médicale, le docteur *Rognetta* rapporte l'observation suivante prise à la Charité dans le service de M. le professeur *Roux*. Une femme de la campagne étant entrée dans cet hôpital, pour se faire traiter d'un mal qu'elle accusait dans la matrice, fut soumise au toucher par l'habile chirurgien que nous venons de citer, qui constata l'existence d'un corps étranger dans le vagin. D'après l'aveu de la malade, ce corps était un pessaire auquel elle n'avait jamais touché depuis plusieurs années. Pour effectuer l'extraction de cet instrument sustentateur, qui fut très douloureuse pour la malade, M. *Roux* fut obligé de se servir de grosses

tenettes. Lorsque cette opération fut achevée, on reconnut que le pessaire, dur comme une pierre, était encroûté de matières calcaires à sa surface, et qu'il était de l'espèce de ceux qui sont appelés en gomme élastique, et employés le plus généralement, malgré leur inconvénient.

En parlant des accidents qui peuvent résulter de l'emploi des pessaires en général, nous ferons connaître une autre observation qui sous quelques rapports est encore plus curieuse que celle de M. *Roux*.

Enfin nous arrivons aux pessaires de vraie gomme élastique, caoutchouc pur, à l'état natif. Cette substance, par sa légèreté, son imperméabilité et son élasticité, nous paraît réunir au plus haut degré toutes les conditions désirables pour confectionner de bons pessaires.

C'est surtout à madame *Rondet*, sage-femme de Paris, que nous devons l'emploi du caoutchouc pour la confection des pessaires. Ceux qu'elle fabrique avec cette substance sont soutenus intérieurement par un ressort très mince d'acier, entouré de crins. Elle nous en a montré qui sont dépourvus de ressorts et de crins, et dont la cavité est tendue seulement avec de l'air insufflé.

Notre collègue et ami, le docteur *Rognetta*, qui a publié des travaux importants sur différentes parties de la science, notamment sur les déplacements des organes génitaux urinaires de la femme, a également

fait des pessaires de caoutchouc pur, mais tout simplement avec les bouteilles de cette substance, telle qu'on la trouve dans le commerce. La seule préparation qu'il fasse subir à ces bouteilles consiste à les renverser sur elles-mêmes, et à pratiquer avec un emporte-pièce une ouverture à leur bas-fond, de manière à en faire une cuvette à doubles parois, dont le goulot qui forme le manche comme dans les pessaires à bilboquet, présente un écrou métallique pour recevoir une vis à laquelle sont fixées trois courroies destinées à maintenir l'instrument en place, au moyen d'une ceinture qui est elle-même soutenue par des bretelles. Ce pessaire doit être ôté tous les soirs, après quoi la femme doit se faire une injection d'eau froide, et avoir la précaution de laver l'instrument tous les matins avant de le replacer. M. *Hervez de Chégoin*, praticien distingué et membre de l'académie de médecine, a, comme M. *Rognetta*, employé le caoutchouc natif pour la confection des pessaires; mais il coupe les bouteilles de manière à donner à la cuvette des hauteurs différentes.

Les formes qu'on a données aux pessaires varient autant que les substances employées pour leur confection : ainsi la science possède des pessaires ronds, cylindriques, ovales, élytroïdes, en 8 de chiffre, en bondon, en bilboquet, en croissant, en anneau, à tige, à ressorts, à cuvette, et plusieurs autres que

nous allons successivement passer en revue, en indiquant la manière de les employer.

DES PRINCIPAUX PESSAIRES ET DE LEUR APPLICATION EN PARTICULIER.

Quelle que soit l'espèce de pessaire qu'on ait choisie pour maintenir en place la matrice ou le vagin dont on a opéré la réduction, leur application doit être en général soumise aux règles suivantes.

Après avoir fait évacuer le rectum au moyen d'un lavement et la vessie, en faisant uriner la malade, cette dernière se couchera sur le dos, les fesses élevées, les cuisses écartées, les jambes un peu fléchies, et les pieds fixés sur son lit. Alors le chirurgien introduira dans la vulve le pessaire enduit de cérat ou d'huile en ayant soin de le présenter de champ dans le sens de son plus petit diamètre et de la longueur de l'orifice vaginal, et en le faisant passer le plus près possible de la commissure inférieure des grandes lèvres; puis poussant l'instrument avec précaution de bas en haut et d'arrière en avant, il le fera parvenir à la hauteur qu'il doit occuper, il lui donnera la direction qui lui convient, en agissant de telle sorte que le museau de tanche corresponde toujours à l'ouverture centrale.

Afin que le col de la matrice puisse mieux s'adap-

ter à la concavité du pessaire, l'opérateur, en ayant toutefois la précaution de maintenir ce dernier au moyen d'un doigt resté dans le vagin, invitera la femme à se lever sur son séant, et l'aidant à le faire avec sa main restée libre, lui dira de tousser et de marcher pendant quelques instants. Après cette épreuve qui donnera l'assurance que le pessaire est bien placé et ne blesse pas la malade, celle-ci devra se remettre au lit et garder la position horizontale pendant quelques jours, puis elle fera bien, avant de se lever tout-à fait, de rester encore quelque temps assise sur une chaise longue, et d'éviter, autant que possible, de se livrer à aucun mouvement trop brusque.

Les pessaires ronds et les pessaires à cuvettes sont aplatis sur leurs faces et présentent à leur centre une dépression bien marquée et une ouverture centrale qui doit correspondre avec le museau de tanche. Les pessaires à cuvette ne diffèrent des pessaires ronds proprement dits que parce que les premiers présentent à leur centre une face concave d'un côté et de l'autre une face convexe. Ces deux espèces de pessaires, qu'on a long-temps fabriqués avec du liége recouvert d'une couche de cire ou avec du buis, ne se font presque plus aujourd'hui qu'avec de la gomme élastique. Pour les placer, on les porte de champ le plus avant possible dans le vagin et on les renverse ensuite de manière à tourner leurs faces et leurs ouvertures dans le sens de l'orifice utérin. Pour

opérer ce dernier mouvement, on introduit le bout de l'index de la main droite dans le trou du pessaire, ou bien avant de l'introduire, ce qui est préférable, on fixe un petit ruban, au moyen d'un nœud, sur le bord le plus étroit qui doit pénétrer le premier dans le canal vulvo-utérin, puis lorsque l'instrument est arrivé au niveau du col, on tire le petit cordon de la main gauche, tandis que deux doigts de l'autre main soutiennent le bord opposé.

On devra laisser ce petit ruban dans le vagin, afin d'extraire plus facilement le pessaire, lorsqu'on voudra le nettoyer ou le remplacer ou lorsque les parties génitales réclameront des soins de propreté. On devrait néanmoins le couper s'il occasionnait de la gêne ou de l'irritation.

Les pessaires ovales qui ne diffèrent des ronds que par leur forme, ont l'inconvénient de se déplacer facilement et de trop distendre dans le sens transversal, la partie supérieure du vagin, ce qui rend leur usage très douloureux et insupportable pour quelques femmes. Ils s'introduisent dans le sens de leur longueur, en inclinant un peu à gauche pour éviter la compression de l'urètre, puis pour les placer horizontalement, on leur fait faire un mouvement de bascule, au moyen d'un cordonnet attaché à l'extrémité qui pénètre la première, et en soulevant le côté opposé avec le doigt indicateur de l'autre main.

Les pessaires ovoïdes ou à grains de chapelet ont

à peu près la forme et le volume d'un petit œuf de dinde et présentent à leur centre une ouverture qui se prolonge verticalement dans toute leur longueur. Ces pessaires, qui ne sont employés que par les chirurgiens anglais et américains, ont l'inconvénient de se déplacer au moindre effort que font les personnes qui s'en servent; du reste, leur introduction est très facile.

Les pessaires en gimblette ou à anneau sont larges, épais, à bords arrondis, et représentent un disque percé à son centre d'un trou évasé vers les deux faces, principalement vers celle qui doit être en rapport immédiat avec le museau de tanche. Ces pessaires, qui ont de nombreux inconvénients que nous signalerons bientôt, s'introduisent de champ, d'après les principes que nous avons indiqués plus haut en parlant des pessaires ronds.

Les pessaires en 8 *de chiffre*, inventés par *Bruninghausen*, sont échancrés sur leurs bords antérieur et postérieur, dans le but de gêner moins le rectum et la vessie, mais ils ont l'inconvénient de se déplacer plus facilement que les pessaires à anneau qui dilatent uniformément le vagin où ils se forment un enfoncement circulaire qui les empêche de se déranger. On les introduit à peu près de la même manière et d'après les mêmes règles que les pessaires ovales.

Les pessaires à tige ou en bilboquet dont l'emploi paraît principalement indiqué après la réduction

d'une précipitation complète de l'utérus, sont ordinairement en buis ou en ivoire, ou mieux encore en gomme élastique; ils présentent à leur extrémité utérine une cuvette circulaire, dont le bord épais et arrondi ressemble à celui d'un pessaire à gimblette et dont le fond est percé de trois larges ouvertures. A la face convexe de la cuvette se trouve fixée par trois racines une tige droite qui est percée à son extrémité vulvaire, de manière à donner passage à des rubans qui soutiennent et fixent l'instrument en les attachant à une ceinture ou à un bandage en T que la femme ne doit pas quitter.

Le pessaire à bilboquet, inventé dans le siècle dernier par le chirurgien *Suret*, a été modifié de diverses manières par plusieurs chirurgiens, entre autres *F. Baulieu, Saviard, Freuner, Bauhin, Zeller, Désormeaux*; *MM. Recamier*, *Villermé*, *Guillon*, *Deleau*, etc.; celui de *Baulieu* est composé d'un cercle d'argent soutenu par une espèce de fourche à trois branches; celui de *Saviard* qui est en acier consiste en un ressort dont une des extrémités était surmontée d'un petit ressort et se recourbait dans le vagin, tandis que l'extrémité libre était fixée à une ceinture. Le professeur *Boyer* employait un ressort de ce genre surmonté d'une éponge pour maintenir dans sa position normale un utérus précipité, surtout lorsque les pessaires ordinaires déterminent trop d'irritation et de douleur.

Pour rendre la tige plus élastique du haut en bas, M. *Recamier* a eu l'idée de la former au moyen d'un ressort en boudin convenablement revêtu. M. le professeur *Dugès* voudrait que cette tige fût oblique sur le plan de la cuvette, comme le vagin qu'elle traverse l'est par rapport au col de l'utérus.

Le pessaire de *Bauhin* était composé d'un cercle d'argent assez petit, formant une sorte de bourrelet épais, supporté par une tige à trois branches et percé d'un trou à son centre. Celui de M. *Villermé*, fondé sur le principe de celui de *Saviard*, consiste dans une longue arcade dont la concavité embrasse la moitié antérieure du bassin, et dans une sorte de crochet dont la queue fixée sur l'hypogastre permet à la tête engagée dans le vagin de soutenir ou de suspendre toute la matrice. Notre collègue le Dr *Deleau* à qui la science est redevable d'importants perfectionnements, a également fait confectionner un pessaire qui réunit les bilboquets et les gimblettes. Cet instrument ingénieux est composé d'un ressort contourné en spirale et recouvert de caoutchouc dont le premier anneau du sommet est fixe, tandis que le dernier de sa base reste libre, pour qu'il puisse être resserré ou aggrandi selon le besoin. Quand on veut le mettre en place on réduit plus ou moins le cercle de la base, puis on le monte sur la tête d'une sorte de goupillon; étant abandonné ensuite à lui-même, la pointe en haut dans le vagin, il s'accommode très bien aux di-

mensions de l'organe sans qu'on ait la crainte de le voir se déplacer. Le Docteur *Guillon* a également modifié le pessaire à tige, en réunissant celui en bilboquet à celui de liège au moyen d'une tige creuse en forme de vis, qui sert à soulever la matrice à volonté.

Pour placer le pessaire à bilboquet, il faut le présenter du côté de sa cupule, qui pénètrera dans le vagin petit à petit et en même temps que l'on redressera la tige de l'instrument. Lorsque ce dernier sera parvenu à la place qu'il doit occuper, on l'abandonnera dans les parties et on le fixera au moyen d'un bandage en T, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Nous ferons connaître bientôt les inconvénients des pessaires à bilboquets qui, restant rarement au centre du vagin, basculent et vont heurter et même perforer quelquefois les parois de ce canal avec leur tige. Le docteur *Laroche* a fait l'extraction d'un pessaire de cette espèce, qui s'était placé en travers et dont la tige avait pénétré dans la vessie, et la cuvette dans le rectum. Cette dernière était devenue le noyau d'une concrétion stercorale formée de cristaux volumineux qui lui adhéraient, et la tige s'était recouverte dans la vessie d'une concrétion calculeuse d'acide urique.

Les pessaires en bondon, ou conoïdes sont ordinairement faits de caoutchouc et ont en général la forme d'un cône creux alongé, à sommet tronqué, disposé en

cupule et percé de part en part d'une cavité centrale dont la base est destinée à recevoir le col utérin, tandis que le sommet est maintenu par des liens attachés à une ceinture. Ces pessaires, qui sont surtout employés dans les cas de prolapsus du vagin persistant quoique la matrice ait été réduite, se mettent en place en les faisant pénétrer par leur base que l'on comprime avec les doigts de manière à donner à l'instrument une forme oblongue accommodée à celle de la vulve. Ils ont en général l'inconvénient d'être lourds et d'avoir des bords tranchants et minces qui blessent les parties sur lesquelles ils s'appliquent.

Le professeur *Jules Cloquet* a inventé une sorte de pessaire, désigné sous le nom *d'élytroïde* et ayant une forme qui s'accommode aussi bien que possible à celle du vagin; les pessaires élytroïdes sont faits en tissu vernissé ou en caoutchouc; ils sont tubuleux, aplatis d'avant en arrière et recourbés suivant leur longueur, de manière à présenter postérieurement une convexité qui doit correspondre à la concavité du rectum et offrir antérieurement une concavité s'adaptant à la surface convexe de la vessie. L'extrémité supérieure de ces instruments présente une cuvette d'évasement ovale disposée en travers; ils sont percés à leur centre d'une ouverture étroite qui se communique dans toute leur longueur pour faciliter l'écoulement des règles et des mucosités. Enfin leur extrémité inférieure ou vulvaire se termine sur les côtés par un angle arrondi qui

prend un point d'appui sur les parties latérales du vagin un peu au-dessus des grandes lèvres. Ces pessaires qui ont l'avantage de se mouler en quelque sorte sur le vagin, soutiennent parfaitement la matrice et tous les autres organes qui l'avoisinent, mais étant très-lourds, ils fatiguent quelquefois beaucoup les femmes qui les emploient. Ils ont encore l'inconvénient, qui d'ailleurs est commun à tous les autres pessaires tubuleux, de pouvoir nuire à l'écoulement des règles, parce que souvent le sang qui traverse leur cavité centrale s'y coagule et la remplit. Du reste, le pessaire élytroïde de M. *Cloquet* a la plus grande analogie avec celui que *Smelie* a fait graver dans la planche XXXVIII de son traité d'accouchement.

Pour introduire les pessaires élytroïdes, leur inventeur, M. *Cloquet*, donne pour précepte de présenter leur cuvette à l'orifice du vagin, de telle sorte que leur face postérieure ou convexe corresponde à la cuisse gauche de la malade, et leur face antérieure ou concave à la cuisse droite : on pousse ensuite peu à peu l'instrument; et lorsque son extrémité inférieure a franchi l'orifice vaginal, on introduit le doigt indicateur de la main droite dans le canal du pessaire, et avec l'index de la main gauche on lui fait éprouver sur lui-même un quart de rotation, qui dirige sa face concave en avant et sa face convexe en arrière.

Enfin, depuis peu, le docteur *Brouard* a inventé

un nouveau pessaire à tiges latérales et divergentes qui se compose :

1° D'un anneau en ivoire ou en ébène d'un diamètre de 18 à 20 lignes.

2° De deux branches en argent ou de tout autre métal d'une largeur de 21 lignes. Ces branches sont fixées à la face inférieure de l'anneau et se terminent par deux boutons en ivoire. Selon son auteur, ce pessaire qui est très-facile à placer et à enlever, diffère essentiellement de tous les autres par son volume, son point d'appui et par sa manœuvre. En effet, l'anneau d'un volume médiocre est d'une introduction plus facile et bien moins douloureuse qu'avec les autres pessaires. Le point d'appui n'est pas pris au moyen de la circonférence de l'anneau dans la partie supérieure du vagin; mais ce sont les branches élastiques qui par leur écartement prennent ce point d'appui à la partie inférieure des parois latérales de ce conduit.

Si cet instrument réunit réellement tous les avantages qu'indique son auteur, nous ne doutons pas que son emploi ne soit généralement répandu, du moins pour soutenir les matrices procidentes. Du reste il ne pourra jamais remplacer les pessaires cylindriques dans les différentes hernies vaginales.

DU CHOIX DES PESSAIRES.

Selon la plupart des auteurs, l'emploi des pessaires ronds est indiqué lorsque le diamètre du vagin est peu considérable; dans le cas contraire, on a plus généralement recours aux pessaires ovales en gimblette ou en 8 de chiffre.

Les pessaires à tige ou à bilboquet sont employés surtout lorsque l'axe du détroit supérieur offre de grandes dimensions et lorsque les femmes sont très maigres, ou qu'elles présentent des parois vaginales, flasques sans résistance et ne pouvant tenir que bien difficilement tous les autres instruments sustentateurs de l'utérus.

Les pessaires à bondon sont réservés pour les cas où la tunique vaginale est encore procidente quoique la matrice soit reduite. Les pessaires élytroïdes qui remplacent souvent ces derniers sont applicables peut-être mieux que tous les autres, dans les cas d'antéversion et de rétroversion de la matrice; mais il faut alors élever d'avantage celui des bords de leur extrémité qui doit maintenir redressées les déviations utérines dont nous aurons bientôt à nous occuper. Les pessaires cylindriques en caoutchouc du docteur *Rognetta* remplissent parfaitement les mêmes indications et sont surtout excellents pour remédier à l'entérocèle et à la cystocèle vaginales.

Si la femme était affectée d'un catarrhe utérin ou vaginal très abondant, on devrait différer l'emploi des pessaires jusqu'à ce que cet état pathologique fût dissipé ou considérablement amendé; car la présence de ces instruments dans le vagin, ne pourrait qu'augmenter le mal. On ne ferait en cela que suivre ce précepte donné par *Boyer* qui dit dans son *traité de maladies chirurgicales*, tome X, qu'on ne doit employer le pessaire qu'autant que le col de la matrice n'est ni engorgé ni douloureux, et qu'on a la certitude que les symptômes que la malade éprouve, dépendent du déplacement de l'utérus et non de l'engorgement et de l'alongement de son col.

ACCIDENTS QUI PEUVENT RÉSULTER DE LA PRÉSENCE DES PESSAIRES DANS LE VAGIN.

Quels que soient les pessaires dont on ait fait l'application, ils déterminent toujours une irritation plus ou moins vive. La pression presque inévitable qu'ils exercent sur les organes contenus dans la cavité pelvienne s'oppose aux fonctions de ces organes, surtout à la défécation et à l'expulsion des urines. Souvent la gêne et les douleurs insupportables qui résultent de leur présence dans le vagin, se propagent vers les lombes et les aines, et donnent lieu à des engourdissements des membres abdominaux.

Les femmes qui font usage d'un pessaire, sans

avoir tous les soins de propreté qu'exige leur position, voient souvent se déclarer des accidents fâcheux; parce que par un séjour trop prolongé, la surface de l'instrument s'altère, se corrode ou se recouvre d'incrustations calcaires (1); en devenant ainsi une cause d'irritation permanente, ils déterminent l'inflammation, et l'altération des tissus qui donnent naissance à des végétations purulentes qui exhalent une odeur repoussante. La sécrétion muqueuse étant augmentée, éprouve une vitalité exa-

(1) Le 25 mars 1832, nous avons été appelé auprès de madame la baronne de Carl***, âgée alors de 75 ans, qui croyait, ainsi que toute sa famille, être affectée d'un cancer de la matrice; ce qui semblait justifier d'abord ce fâcheux diagnostic, c'est que madame de Carl*** éprouvait des douleurs intolérables et accompagnées d'un écoulement vaginal aussi fétide qu'abondant. Au lieu de trouver une tumeur cancéreuse, ainsi que le docteur B*** l'avait déclaré, nous constatâmes par le toucher, la présence d'un pessaire rond, à ouverture centrale qui était recouvert d'une épaisse couche d'incrustations calcaires et qui avait été appliqué à Vienne, en Autriche, lors du dernier accouchement de madame Carl***, c'est-à-dire depuis au moins trente ans. Cet instrument, à peine déformé, n'ayant pendant très long-temps causé aucune douleur, avait été si bien oublié, que madame la baronne de Carl*** ne voulût croire à sa présence, que lorsque nous le lui eûmes montré, après en avoir fait l'extraction en introduisant un doigt dans son ouverture centrale. Pour combattre la douleur et l'inflammation, nous prescrivîmes des bains, des injections émollientes et chlorurées, des lavements adoucissants et narcotiques; depuis cette époque la santé de madame de Carl*** ne s'est pas démentie, et son prolapsus ne s'est plus manifesté, quoique nous ayons fait suspendre l'usage d'un pessaire.

gérée qui développe et produit ces sortes de végétations dont le nombre et la quantité remplissent non seulement le vagin, mais recouvrent le pessaire et le dérobent quelquefois complètement au toucher. *Désormeaux*, le père du professeur dont la science déplore la perte récente, fut obligé d'exciser un grand nombre de végétations avant d'enlever un pessaire qui avait perforé la vessie et le rectum. M. le professeur *J. Cloquet*, appelé en consultation auprès d'une femme que l'on traitait pour un cancer du vagin, trouva ce canal rempli de végétations fongueuses. S'étant décidé à faire l'excision de ces productions morbides, il reconnut la présence d'un pessaire et en fit l'extraction. Cet instrument, qui avait été oublié depuis dix ans, était complètement recouvert par les fongosités et revêtu d'une couche d'incrustations calcaires. (Acad. de méd., 29 juin 1826.)

Lorsque l'ouverture centrale des pessaires principalement les ronds, les ovales, ceux qui sont à cuvettes et à anneaux, présente un trop grand diamètre, le col de la matrice est exposé, comme on l'a déjà vu, à s'y engager peu à peu et s'y étrangler au point de donner naissance à des accidents très graves.

Les Annales de Médecine d'Oltembourg du mois d'octobre 1806 et *la Bibliothèque Médicale* (tome 17. p. 269, parle d'une jeune Hollandaise non mariée, qui, étant atteinte d'un prolapsus utérin, fit usage d'un pessaire annulaire en ivoire dont l'ouverture trop

grande donna lieu à un étranglement de la matrice présentant au dehors une tumeur presque aussi considérable que la tête d'un fœtus à terme. Comme la malade éprouvait des douleurs atroces, on tenta vainement la réduction qui ne put être opérée que lorsqu'on eut scié le pessaire. *Augustin Roux* (*Journ. de méd. et de chirurg.*, janvier 1775) rapporte qu'on fut obligé d'employer le forceps pour extraire un pessaire de cette espèce.

Un autre accident extrêmement fâcheux qui peut résulter de l'emploi de ces instruments, c'est qu'on les a vus, surtout ceux à bilboquet, user en quelque sorte les parois vaginales et déterminer une perforation du rectum ou de la vessie, ou de ces deux organes à la fois, en donnant lieu à des fistules recto et vésico-vaginales dont les suites sont d'autant plus malheureuses qu'elles se trouvent très souvent au-dessus des ressources de l'art. Ces sortes de perforations peuvent avoir lieu rapidement quand l'inflammation est très-vive; la compression mortifie bientôt les parties qui se gangrènent et laissent se détacher des escarrhes par où l'instrument passe.

Sabatier (1) rapporte que *Camper* communiqua à l'académie de chirurgie une observation où il est dit que la surface d'un pessaire en bilboquet fut trouvée toute diminuée et sa tige contournée. Le même auteur ajoute que les pessaires en ivoire, non

(1) Mémoires de l'académie de chirurgie, tom. III, page 33.

seulement peuvent s'altérer et se déformer à la longue, mais peuvent comme tous les autres se couvrir d'incrustations calcaires. Le célèbre auteur de la médecine opératoire (*loc. cit.*) dit aussi, en parlant d'un pessaire qu'il ne put extraire qu'en le divisant avec de fortes pinces : « Il était tellement » recouvert d'incrustations salines, qu'il était comme » une râpe et que les aspérités le blessaient. » Jh. *Nollet* (1) et *Pouteau* (2) rapportent des observations du même genre et s'expriment à peu près dans les mêmes termes que *Sabatier*.

Le professeur *Bérard* (3) éprouva aussi les plus grandes difficultés pour extraire un pessaire à bilboquet qui était privé de sa tige et qui avait perforé le rectum et la vessie. M. *Lisfanc*, dans un cas semblable, fut obligé de se frayer une voie dans le rectum en incisant le périnée et la partie antérieure de l'anus. Il fit ensuite assez facilement l'extraction du pessaire avec des pinces; mais la malade succomba à une péritonite. (Journ. univ. hebd. de méd. T. I, page 263.)

Dans le *Dictionnaire des Sciences Médicales* (t. VII., page 47.), se trouve l'observation suivante : une paysanne portait depuis plusieurs années un pessaire en bilboquet, qu'elle n'avait jamais retiré parce qu'elle ne se sentait nullement incommodée

(1) Observat. chirurg., 33.
(2) OEuvres posthumes, tom. III.
(3) Revue méd. Tom. I. page 371, 1831.

par sa présence. Mais plus tard, ayant éprouvé de vives douleurs, elle essaya de retirer cet instrument par sa tige, qui se détacha en laissant dans le vagin, le cerceau auquel elle était adaptée. Les souffrances s'étant augmentées graduellement, cette femme s'aperçut bientôt qu'une partie de ses excréments ainsi que ses urines sortaient par le vagin. Étant entrée à l'Hôtel-Dieu dans l'espoir de se faire traiter de sa dégoûtante et pénible maladie, elle fut confiée aux soins du professeur *Dupuytren* qui constata par le toucher rectal que le cercle du pessaire était à nu dans l'intestin et qu'il avait également perforé la vessie, ce qui fut constaté en sondant la malade. Toutes les tentatives qui furent faites pour extraire le pessaire avec les doigts ayant été inutiles, *M. Dupuytren* fut plus heureux en se servant d'une forte tenette garnie de dents qui avait été confectionnée pour remplir cette indication. Le repos et une sonde maintenue dans la vessie pendant trois semaines guérirent cette femme de sa double fistule. *Mauriceau* » dit qu'il fit en 1696 sur une femme de 67 ans, » l'extraction d'un grand pessaire d'ivoire, en ma- » nière de simple cercle qu'un faiseur de brayer lui » avait placé pour une descente de matrice. Cette » femme avait porté pendant vingt ans ce même » pessaire sans en recevoir aucune incommodité; » mais depuis deux ans, il lui était arrivé une si » grande fluxion d'humeur sur cette partie, qu'il

» y était survenu une disposition ulcéreuse, avec
» un grand écoulement de matières purulentes, mê-
» lées de sang, depuis six mois, de sorte que cette
» femme était extraordinairement affaiblie ».

En parlant des pessaires sans tige, *Sabatier* dit (Loco citato), « que si l'instrument est assez grand pour porter sur le sacrum et pour résister à l'effort qui tend à le chasser, il produit une rétention d'urine, difficulté d'aller à la selle, douleur très vive, tension considérable du ventre ; si au contraire le pessaire n'est que proportionné à la dilatation du vagin, le poids de la matrice et des viscères qu'il soutient, le pousse en bas au moindre effort d'uriner ou d'aller à la garde robe, ou bien, malgré sa présence la malade éprouve une pesanteur continuelle, dans la région hypogastrique, des tiraillements dans les reins et des douleurs dans les cuisses qui la mettent quelquefois dans l'impuissance de marcher. » Les éponges, si elles ne sont pas ôtées et lavées tous les jours, ont également de grands inconvénients : les liquides utérins et vaginaux retenus dans leurs cellules, s'altèrent rapidement. Les éponges elles-mêmes ne tardent pas à entrer en putréfaction; et l'élévation de la température du vagin, déterminée par l'inflammation, en hâte encore les progrès ; il y a alors sécrétion d'un fluide sanieux et fétide, une fièvre intense survient et souvent tous les symptômes de l'absorption purulente se déclarent. Le docteur

Grenier, dans sa dissertation inaugurale, rapporte l'observation suivante : pendant le mois de mai 1833, M. *Brody* de Londres, l'un des plus célèbres chirurgiens anglais, fut appelé pour une dame qui avait oublié une petite éponge dans le vagin. Lorsque ce praticien la vit, cette malade offrait déjà les signes incontestables de la fièvre typhoïde : prostration marquée, fétidité des excrétions, etc.; à la nature et à l'abondance de l'écoulement vulvaire, il soupçonna, et finit par découvrir la cause de la maladie. Il fit aussitôt l'extraction de ce qui restait de l'éponge qu'il amena par débris, prescrivit des injections chlorurées fréquentes et traita la maladie comme s'il avait eu à combattre une affection typhoïde. Les symptômes s'amendèrent dès que la cause fut connue et éloignée, mais la malade ne se rétablit que lentement. Enfin si nous ne craignions pas de trop nous étendre sur ce sujet, nous pourrions encore ajouter aux faits nombreux que nous avons déjà cités, une foule d'autres observations, qui tendraient toutes à signaler les accidents qui peuvent survenir à la suite de l'application des pessaires.

Puisque l'emploi de ces instruments est loin d'être toujours inoffensif, on ne doit avoir recours à leur application que dans les cas d'absolue nécessité ; ils peuvent même être remplacés dans beaucoup de cas soit par des sachets astringents, comme le conseille le professeur *Osiander*, soit par des éponges fines, qu'on aurait soin d'ôter pendant la nuit, et de laver chaque

fois qu'on voudrait les replacer. Nous avons fait confectionner des espèces de poches en caoutchouc pur insufflées d'air, qui, quoique ayant beaucoup de souplesse et de légèreté, contiennent assez bien les parties sans les irriter. D'ailleurs comme ces poches ont la forme d'un membre viril (1), et qu'on peut les faire varier de diamètre et de longueur, elles s'adaptent parfaitement au vagin, ou elles sont maintenues avec un bandage en T ou des serviettes arrangées comme le font les femmes pendant leurs règles. Ces sortes de pessaires *priapiformes,* étant faciles à ôter et à replacer, ne devront être employés que pendant le jour lorsque la femme sera levée ; mais pour éviter que la matrice ne se déplace, même pendant quelques instants, il faudra que la malade les réintroduise toujours dans la cavité vaginale avant de descendre de son lit. Si les autres pessaires avaient pu être employés de cette manière, on aurait souvent obtenu après quelques mois la cure radicale de la plupart des prolapsus, au premier ou au second degré.

L'irritation et les accidents inflammatoires déterminés par l'application des pessaires, devront être

(1) Les anciens médecins grecs, employaient des pessaires, qui, comme ceux que nous proposons, avaient la forme et la longueur du pénis de l'homme ; c'est pour cette raison qu'il les appelaient πριαπισκωτὰ, *priapiscota*, *priapiformes*.

combattus, par le repos, la diète, les bains, les lavements, les injections émollientes et opiacées, et toujours par la suspension momentanée de l'emploi de ces instruments sustentateurs.

Les femmes habituées à l'usage des pessaires ne doivent jamais perdre de vue que leur présence dans le vagin exige de grands soins de propreté et qu'elles doivent fréquemment faire usage des bains et avoir recours deux fois par jour à des injections d'eau froide ou encore mieux avec un mélange d'eau et de vin. Il faut également qu'elles se rappellent que ces instruments devront être retirés le plus souvent possible, au moins tous les quinze jours, et renouvellés aussitôt qu'ils commenceront à s'altérer ou se déformer.

Nous terminerons ce que nous avions à dire sur ce sujet, en ajoutant que dans un grand nombre de cas on pourrait obvier aux déplacements utérins et vaginaux, surtout s'ils étaient récents, et maintenir en place ces organes, en pratiquant des injections astringentes, et des fomentations faites avec des substances dont le tanin formerait la base, et que l'on rendrait encore plus actives par une addition de sulfate d'alumine, de zinc ou de fer. On pourrait également employer avec avantage des petits tampons de linges ou des éponges fines imbibées des mêmes substances et introduits dans le vagin deux

ou trois fois par jour en les laissant en place une demi heure chaque fois.

COMPLICATIONS QUI CONTRE-INDIQUENT L'EMPLOI DES PESSAIRES ET INDICATIONS A REMPLIR DANS QUELQUES CAS PARTICULIERS.

Nous avons dit plus haut que certaines complications doivent faire rejeter l'emploi des pessaires et que la vaginite et la métrite chroniques exigeaient avant l'application de ces instruments un traitement antiphlogistique. Cependant, les excoriations et les ulcérations superficielles du vagin, sont des complications qui ne contre-indiquent pas toujours l'emploi de ces instruments, comme le pensaient *Ruisch* et *Boyer ;* car la réduction suffit souvent pour dissiper l'inflammation vaginale qui est déterminée par le prolapsus utérin. Les cancers, siégeant sur le col ou sur le corps d'une matrice procidente contre-indiquent au contraire l'emploi des pessaires, soit parce qu'ils augmenteraient l'irritation et les douleurs, soit aussi parce qu'en faisant la réduction, on se priverait des facilités et des garanties de succès qui résultent de différentes opérations, entr'autres la cautérisation, la résection du col, et même l'ablation complète de l'organe cancéreux.

Si les ulcérations cancéreuses peu étendues, siégeant sur le col, ne contre-indiquent pas la réduction,

on devra pour tenir le viscère réduit, n'avoir recours qu'à une éponge fine, renouvellée souvent.

Lorsqu'il existe en même temps un polype et un prolapsus utérin, on doit extirper ce dernier avant de tenter la réduction qui alors est presque toujours très facile. De même lorsque la présence d'un calcul dans la vessie vient compliquer une chute complète de la matrice, il faut, selon le conseil de *Ruysch* et M. *Dugès*, enlever d'abord le calcul par une incision directe. Enfin quand le prolapsus a lieu dans les premiers mois de la gestation, on doit opérer la réduction et maintenir la matrice réduite au moyen d'un pessaire ou au moins engager les femmes à rester au lit pendant les premiers mois de la grossesse. Les moyens sustentateurs et le repos sont ordinairement inutiles après le quatrième mois, parce qu'alors l'utérus procident au deuxième degré a acquis un volume assez considérable pour se maintenir au-dessus du détroit supérieur.

Si la précipitation a eu lieu et a subsisté pendant tout le temps de la gestation, il faudra aider la nature pour la terminaison de l'accouchement et suivre l'exemple de *Mauriceau*, *de Portal*, *de Ducreux* et de *Wagner*, qui après avoir dilaté peu à peu les bords amincis de l'orifice utérin, ont porté la main dans la cavité de l'organe gestateur, pour en extraire le fœtus et le placenta, et ont opéré la réduction de la matrice contractée sur son centre et revenue sur

elle-même. Lorsque les lèvres du museau de tanche seront le siége d'une induration s'opposant à la dilatation du col, on agrandira l'orifice par deux ou trois incisions pratiquées avec un bistouri boutonné; les cas de prolapsus compliqués de grossesse et d'induration du col utérin, sont extrêmement rares; car ils n'ont été observés jusqu'à présent que par *Marigues* de Versailles, *Choppart* et notre habile accoucheur M. *Capuron*.

TRAITEMENT CURATIF DU PROLAPSUS UTÉRIN.

Le traitement curatif du prolapsus de la matrice n'est que rarement suivi d'un succès complet. Pour obtenir une cure radicale de cette affection, on a conseillé une foule de moyens plus ou moins efficaces, entr'autres le repos et le décubitus prolongés, surtout en tenant le bassin plus élevé que les épaules; l'usage des pessaires graduellement diminués dans leurs dimensions, les injections astringentes et aromatiques, les bains froids, les sachets formés de tan et trempés dans du gros vin et les tampons stiptiques et astringents.

Quelques auteurs, particulièrement M. *Delloir*, ont conseillé une grossesse subséquente comme un excellent moyen pour obtenir une cure radicale de l'hystéroptose; sans partager tout-à-fait les opinions émises à cet égard, nous pensons que l'augmentation du volume qui résulte de la gestation, ne peut être avan-

tageux qu'autant que la malade garderait la position horizontale pendant les cinq premiers mois; dans le cas contraire, nous regardons l'état de grossesse comme étant nuisible et même dangereux. Du reste, pour se prononcer avec certitude sur ce moyen recommandé par M. *Delloir*, il faut attendre que l'expérience et de nouveaux faits en aient démontré la valeur. Pour obtenir la cure radicale de l'affection qui nous occupe, on a proposé également d'oblitérer le vagin, par l'adhésion des parois de ce canal; mais comme les membranes muqueuses contractent assez difficilement des adhérences entr'elles, nous pensons qu'on ne parviendrait pas aisément au résultat qu'on se serait proposé. Les difficultés que présente la cure des fistules recto et vésico vaginales, justifient assez nos craintes à cet égard; d'ailleurs l'inflammation vive, quoique factice, du canal vulvo-utérin, ne serait pas à l'abri de dangers, et pourrait déterminer les accidents les plus graves.

Le docteur *Marshall* de Hall, a publié une observation dans laquelle il assure avoir guéri un prolapsus utérin presque complet au moyen du rétrécissement artificiel du vagin. Ce chirurgien pratiqua dans toute la longueur de ce canal une lanière large de dix-huit lignes, dont il réunit les bords avec des points de suture. M. le professeur *Dugès* doute que le succès de cette opération puisse être durable, et il pense que, malgré son étroitesse, le vagin sera plus tard refoulé,

dilaté, et entraîné de nouveau par le poids de la matrice. Nous ne partageons pas toutes les craintes du savant professeur de Montpellier, si surtout on a le soin de combattre l'engorgement de l'utérus qui est le plus souvent la cause de la chute de cet organe. Quoique ce moyen curatif soit le plus douloureux, il nous semble mieux que tous les autres, capable d'amener une guérison radicale; du reste cette opération, dont l'idée première appartient à M. *Girardin*, a été pratiquée avec succès en France par M. *Bérard* jeune, et en Angleterre par M. *Irving*.

EXTIRPATION DE LA MATRICE DÉPLACÉE.

Nous terminerons ce que nous avions à dire sur ce sujet, en ajoutant qu'on a pratiqué quelquefois avec succès, l'extirpation plus ou moins complète de la matrice, lorsque ce viscère en état de prolapsus, se trouvait envahi par la gangrène ou une dégénérescence cancéreuse. Cette opération, à laquelle, comme dit *Astruc* (1), il ne faut jamais avoir recours qu'à la dernière extrémité, *in evidenti mortis periculo* a été très anciennement pratiquée avec succès, ainsi que le rapportent plusieurs auteurs, entre autres *Aetius* (2), *Paul d'Egine* (3), *Berengarius*

(1) Maladies des femmes, lib. II, tom. III, page 409.
(2) Tetrab. IV, Serm. IV, cap. 76.
(3) Lib. III, cap. 76 et lib. VI, cap. 6 et 22.

Carpus (1), *J. Langius* (2), *Marc Gatinaria* (3), *Ant. Bénévenius* (4), *Christophus à Vega* (5), *Ambroise Paré* (6), et plusieurs autres qu'il serait trop long de nommer.

Soranus, qui parmi les auteurs anciens s'est distingué par une heureuse témérité dans ses opérations chirurgicales, fait un précepte de l'extirpation de la matrice précipitée et putréfiée : « si la portion pen-
» dante de l'utérus s'ulcère à cause de l'âcreté des
» urines et de la malpropreté, si elle se putréfie
» *extirpez-la*, dit-il, *sans rien craindre;* l'exemple
» vous autorise à la retrancher : on l'a quelquefois
» extirpée toute entière et le succès a couronné l'en-
» treprise ». (*Aetius*, Tetrab, IV, Serm. 4. cap. 76 et *Peyrille*. Hist. de la Chirurg. tom. II, page 282.)

On a également obtenu la séparation de la matrice procidente et gangrénée, soit au moyen d'une ligature comprenant tout le pédicule, soit avec deux ligatures étranglant séparément les deux moitiés de la racine de la tumeur. Cette méthode, dont F. *Rousset* cite deux exemples de succès (7), a été également mise

(1) In isagoge anatomicâ.
(2) Epit. médic., epist. 39.
(3) Prat. cap. de exitû matricis.
(4) Observ. méd. observ. IX, de Mirand. morb. caus. cap. 12.
(5) Comment. ad aphoris, 18, lib. VIII.
(6) LXXIV, chap. XXVIII.
(7) De partû Cæsar., liber page 393.

en pratique suivant divers procédés par *Faivre Newham*, *Clarck*, MM. *Marshall*, *Windson*, *Récamier* et quelques autres praticiens distingués. Enfin parmi les méthodes rationnelles qui ont été proposées ou employées pour l'extirpation de l'utérus déplacé et se trouvant dans un état de désorganisation ne laissant aucun espoir, il nous reste à parler de l'étranglement avec excision immédiate de la racine de l'organe à retrancher ; cette méthode a été employée avec succès par *Carpus*, *A. Paré*, *Baxter* et *Bernhard*.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Quoique l'excision de l'utérus depuis longtemps précipité soit très redoutable par ses suites médiates ou immédiates, nous allons décrire rapidement les principaux procédés employés pour pratiquer cette opération.

M. *Récamier* (1) attaque le vagin, puis la première incision étant faite, il écarte le tissu cellulaire avec les doigts jusqu'au péritoine, n'incise d'abord que les deux tiers supérieurs des ligaments et à l'aide d'une aiguille à manche de *Deschamps*, il porte une ligature sur le tiers inférieur qui contient l'artère utérine, et termine l'opération par l'ablation

(1) Revue médicale, 1825, tom. IV, page 393.

de l'organe. Ce procédé, employé par MM. *Récamier* et *Marjolin*, sur une femme dont l'utérus fortement abaissé, était le siége d'un fongus cancéreux, a été suivi d'un succès incomplet; car la malade a succombé deux mois après l'opération.

Le professeur *Delpech* (1), dont la chirurgie et l'humanité déplorent la perte récente, a pratiqué la même opération sur une femme de soixante-six ans, en procédant de la manière suivante : après avoir fait placer la malade comme pour l'opération de la taille, il divisa d'abord avec soin toute la paroi antérieure du vagin attaquée par le cancer, puis après avoir séparé avec précaution la partie antérieure du rectum qui se trouvait également engagée, il enleva la tumeur complètement isolée, fit la ligature des artères divisées, et remplit le vide laissé entre les parois vaginales qui restèrent, avec une éponge fine destinée à tenir les parties refoulées.

Le procédé de M. *Langenbeck* diffère de ceux que nous venons d'indiquer, en ce sens que cet habile chirurgien croit utile de disséquer minutieusement de l'extérieur à l'intérieur, la totalité du péritoine utérin, de sorte que cette membrane séreuse se trouve intacte après l'enlèvement de la matrice. Cette opération pratiquée par M. *Langenbeck* sur une femme affectée d'un prolapsus incomplet avec dégénérescence squirrheuse, fut couronnée du plus

(1) Mémorial des hôpitaux du midi, tom. II, page 612.

heureux succès, car la malade s'est parfaitement rétablie. L'ablation de l'utérus exécutée par ce dernier procédé, est si longue et si difficile, que nous ne pensons pas que M. *Langenbeck* trouve des imitateurs, d'autant plus que l'utilité de la dissection de tout le péritoine utérin ne nous paraît pas encore démontrée.

La séparation de la matrice au moyen d'une ligature, cause des douleurs très vives et expose en outre à comprendre dans le lien, soit l'urètre comme l'a vu *Ruysch*, soit un anse d'intestin et même la vessie. Pour produire moins de douleur et rendre en même temps la section plus prompte, *Faivre*, et après lui M. *Windsor* ont traversé le pédicule avec un double ruban destiné à en étrangler séparément les deux moitiés. Si malgré les inconvénients que nous venons de signaler, on voulait avoir recours à l'une de ces manières d'opérer par étranglement, nous pensons qu'il serait plus avantageux d'exciser aussitôt toute la masse qui se trouve au-dessous de la ligature simple ou double que d'attendre que la séparation fût produite seulement par la constriction des liens. Pour éviter autant que possible de blesser les intestins ou la vessie, il faudrait imprimer quelques secousses au bassin qui devrait être placé de manière à se trouver plus élevé que les autres parties du corps. Néanmoins, lorsque l'ablation de l'utérus déplacé sera la seule planche de salut qui puisse laisser

quelque espoir de sauver la malade, on devra, pour opérer la séparation de l'organe, préférer l'instrument tranchant à la ligature, parce que par l'excision, l'opération est moins douloureuse, plus prompte, et offre en outre une plus forte proportion de succès que par l'étranglement.

DE L'ANTÉVERSION ET DE LA RÉTROVERSION DE LA MATRICE.

On a donné le nom *d'antéversion* et de *rétroversion* aux déviations de la matrice dans lesquels l'axe longitudinal de ce viscère se trouve placé plus ou moins horizontalement dans le bassin.

Comme ces deux déplacements utérins offrent entr'eux beaucoup d'analogie, sous le rapport des causes qui les produisent, des accidents qu'ils déterminent et du traitement qu'ils réclament, nous avons cru ne pas devoir séparer leur étude, afin de donner par ce rapprochement plus de clarté et plus de précision à leur histoire.

Dans l'antéversion, le fond de l'organe gestateur est porté vers la symphyse pubienne et le col vers le sacrum; dans la rétroversion l'axe longitudinal est également transversal d'arrière en avant; mais alors le corps de l'utérus se trouve logé dans la courbure du sacrum, et le museau de tanche est en rapport avec la face postérieure des pubis.

Les écrits d'*Hippocrate* contiennent plusieurs passages qui prouvent que les déviations de la matrice avaient fixé son attention, et il n'y a aucun doute qu'il n'ait voulu parler de la rétroversion, lorsqu'il a dit : *Si uteri ad medios lumbos fuerint, dolor imum ventrem, deinde crura detinet, cùmque ventris onus deponit, acutiores, suboriuntur stercusque non nisi vi progreditur, urina guttatim fertur, et animo linquitur, etc.* (1).

Dans les fragments tirés des ouvrages d'*Aspasie* (de reclinat. acens. et recurs. uteri), qu'*Aetius* nous a fait connaître (2), on voit que cette femme médecin parle d'une manière très positive de la rétroversion dont elle indique un traitement rationnel que nous ferons bientôt connaître.

Dans son ouvrage sur la maladie des femmes publié en 1604, *Rodericus à Castro*, médecin juif Portugais qui fit ses études à Salamanque et vint se réfugier à Hambourg où il mourut, reproduisit très-incomplètement ce qu'avaient dit *Hippocrate et Aspasie* sur les renversements de l'utérus ; *Israel-Spachius* professeur de Strasbourg, qui a recueilli tout ce qu'on avait écrit avant lui sur les maladies des femmes, parle également des déviations utérines, dans son ouvrage, publié en 1597, sous le titre de *Gynæciorum, sive de mulierum etc., affectibus et*

(1) De natur. mulier. op. T. II. pag. 542. edent. Külm.
(2) Tetrab. IV. serm. 4. cap. 76 et 77.

morbis. Depuis ces auteurs, *Grégoire*, chirurgien de Paris, a le premier parlé d'une manière particulière de la rétroversion et de l'antéversion; il faisait connaître avec détails ces déplacements aux élèves qui suivaient ses cours particuliers d'accouchement; et c'est même aux leçons de ce professeur que *Valther Wall*, chirurgien anglais, puisa les premières notions qu'il eut sur les déviations de la matrice; de retour dans sa patrie, ayant été consulté en 1754 pour un cas de rétroversion, il se rappela les préceptes de Grégoire, et pria le célèbre *Hunter* de l'aider de ses conseils, ce qui n'empêcha pas la malade de succomber le huitième jour.

Hunter, regardant cette affection comme étant digne de fixer l'attention des gens de l'art, en fit le sujet d'un travail spécial publié en 1770 dans le quatrième volume du recueil intitulé, *Medical observation and inquiries*, et donna à cette affection le nom de *rétroversion* qui depuis, a été généralement adopté. *Walther-Wall* et *Lyne* appelèrent ce déplacement, *hernia uteri*, *Levret* le désigna par le nom de *renversement transversal*, et *Desgrange* par celui d'incubation.

Depuis *Hunter* et *Lyne*, un grand nombre d'auteurs ont publié des travaux spéciaux sur ce sujet, entr'autres : *Levret* (1), *Wlzezeck* (2), *Wall* (3),

(1) Remarques sur les déplacements de la matrice. Ancien journ. de méd. Tom. 40

(2) De utero retroflexo. 1777.

(3) Dissertat. de uteri retroversione, 1782.

Desgranges (1), dont le mémoire fut couronné en 1783, par l'académie de chirurgie, *Fréderic Jahn* (2), *Cockell* (3), *Murray* (4), *Baudelocque* (5), *Meriman* (6), *G. J. Schweighauser* (7), *Schmitt* (8), et *Ameline* (9). La science possède encore un grand nombre d'observations, publiées dans divers recueils, par *Rischter* (10), *Garthsore*, *Bird* et *Hoper* (11), *J. Clarck* (12), *Klein* (13), *Schneider* (14), *Kirschner* (15), *Brünninghausen* (16), M. *Hervez de Chegoun* (17), Madame *Boivin et M. Dugès* (18), M. *Bazin de Bassenville* (19), et quelques autres, qu'il serait trop long de citer.

(1) Journal de méd. Tom. 66. pag. 85.
(2) De utero retroverso. 1787.
(3) Essay on retroversion of the uterus. 1785.
(4) Uteri retroversionum animadversiones. 1797.
(5) Du renversement de la matrice. 1803.
(6) On retroversion of the womb. 1810.
(7) Aufsaetze über einige, etc. 1817.
(8) Bemerkungen und erfahr. c-à-d. Remarq. et expéri. sur la rétrov., Vienne, 1820.
(9) Dissert. sur l'antéversion. Paris, 1827. N° 55.
(10) Chirug. Biblioth. b. V. pag. 521. b. IX. pag. 182.
(11) Medical. observ. and inquir. Tom. IV. V. et VII.
(12) Pratic. essay on the menag. of pregnaucy. and labour.
(13) Chir. Bemerkungen pag. 235.
(14) Chirurg. Biblioth. *Richter*, 1791.
(15) Stark's archiv. für die geburtsh. B. IV. St. 3. 637.
(16 Journ. de *Siebold*. B. III. St. I. (Année 1819.)
(17) Mémoires de l'Acad. de Méd. T. II. pag. 319. 1833.
(18) Traité des malad. de l'utérus. 1833.
(19) Mémoire sur la rétroversion. Annales franç. et étrang. d'anat. et de physiol. Mars. 1837. Paris, Levrault.

L'antéversion et la rétroversion peuvent avoir lieu dans l'état de vacuité de la matrice et pendant la gestation; mais, en général, les déviations utérines, toujours plus considérables dans la rétroversion que dans l'antéversion, ne sont plus possibles après le quatrième mois de la grossesse, parce qu'à cette époque, le diamètre longitudinal de l'organe gestateur est plus grand que celui du bassin mesuré de la symphise pubienne au sacrum.

L'antéversion, qui est très rare pendant la grossesse, est assez fréquente pendant la vacuité; la rétroversion, au contraire, a été le plus souvent observée pendant la gestation. *Frédéric de Jahn* n'admettait la rétroversion complète que chez les femmes enceintes; mais *Levret* et *Saxtorph* prouvèrent les premiers, par des faits bien observés, que cette dernière espèce de déviation utérine avait lieu non seulement chez les femmes mariées nullipares, mais même chez les vierges. Le docteur *Schweighauser*, de Strasbourg, a rencontré 44 cas de rétroversion de matrice; 35 ont été observés sur des femmes non enceintes; les 5 autres seulement appartiennent à l'état de grossesse. Parmi les 35 premières, il y avait une femme de 72 ans; un cas a été observé pendant une suite de couche, et un autre a été fourni par une vierge, qui présentait la membrane de l'hymen dans toute son intégrité. Le docteur *Bazin de Basseneville*, qui nous a fait connaître les résultats de M. *Schwei-*

ghauser, a publié également dans les Annales françaises et étrangères d'anatomie et de physiologie (mars 1837), plusieurs observations de rétroversion de la matrice chez des femmes nullipares ou vierges. La plupart de ces faits, revêtus de toute l'authenticité désirable, sont tirés de la pratique de MM. *Brunninghausen* de Würzburg, *Schmitt* de Vienne, *Schneider* de Balby, *Kirschner* de Pœneck; enfin, le traité des maladies de l'utérus, publié par Madame *Boivin* et M. *Dugès*, nous donnent l'histoire de trois cas de rétroversion dans l'état de vacuité. Ce déplacement n'est donc pas aussi rare qu'on le pense généralement hors le temps de la grossesse.

L'antéversion et la rétroversion peuvent s'opérer lentement ou d'une manière subite. Dans le premier cas, les accidents sont d'abord légers, et ils augmentent chaque jour d'intensité en suivant une marche graduée; tandis que dans le second cas, la déviation de l'utérus s'annonce tout-à-coup par des symptômes alarmants, si surtout c'est une rétroversion. Les causes prédisposantes des déplacements qui ont lieu lentement sont: la mobilité naturelle de la matrice, un certain degré d'étroitesse du bassin, une forte courbure du sacrum, une saillie prononcée de l'angle sacro-vertébral, la pression lente et prolongée des intestins sur le fond et sur l'une des faces de l'utérus. Les accidents qui surviennent sont moins

en raison de l'étendue de la déviation, que du volume de la matrice comparé au diamètre antéro-postérieur du bassin. En supposant l'organe gestateur dans l'état de vacuité et la cavité pelvienne d'une grandeur ordinaire, lorsque le déplacement se fait d'une manière graduée, la femme éprouve d'abord une pesanteur incommode dans le bassin ; puis insensiblement les aînes, les lombes, les cuisses, deviennent le siége de tiraillements et de douleurs de plus en plus vives ; bientôt les symptômes de l'état inflammatoire de la matrice se manifestent, les souffrances deviennent plus aigues, la menstruation se dérange, augmente ou diminue ; un écoulement leucorrhoïque parfois sanguinolent a lieu dans l'intervalle des règles ; les digestions sont pénibles, l'appétit se perd, l'embonpoint disparaît, les forces diminuent ; enfin, il survient souvent un état fébrile qui est quelquefois très fort et continu, et qui, dans d'autres cas, est léger et caractérisé seulement par de la chaleur et de l'agitation le soir et pendant la nuit. Si la cessation des règles a lieu naturellement, la femme se trouvant à l'âge critique, les déviations utérines peuvent cesser d'avoir des effets sensibles, et souvent tous les accidents se calment peu à peu, parce que l'utérus a diminué de volume en perdant une partie de sa vitalité.

Aux accidents que nous venons de signaler, vient toujours se joindre un sentiment de pression sur le

col de la vessie et sur le rectum, d'où résultent de fréquents besoins d'uriner et d'aller à la garde robe. Lorsque le fluide vésical parvient à surmonter l'obstacle, son jet est bientôt entre-coupé et s'arrête brusquement; et comme le déplacement augmente toujours en raison des efforts que fait la malade pour vider la vessie et le rectum, tous les accidents redoublent d'intensité, et il survient une retention complète de l'urine et des matières fécales. Lorsque le volume de la matrice est augmenté par la grossesse ou un engorgement utérin, les accidents se présentent d'une manière moins équivoque, la constipation et la rétention de l'urine sont souvent complètes en très peu de temps, ce qui arrive surtout entre le troisième et le quatrième mois de la gestation. Cependant, d'après une observation de *Smelie* (1), celle publiée par *Hunter* (2) et celle de *Meckel*, rapportée par *Voigtel* (3), le terme où une déviation de l'utérus est possible, peut être porté jusqu'au cinquième mois. On cite même, d'après *Barlett* (4), un exemple de rétroversion au septième mois; ce fait et ceux rapportés par *Mériman* (5), qui croit avoir observé plusieurs fois cette déviation utérine, même

(1) Traité des accouch. Tom. II. pag. 150.
(2) Icones uteri hum. grav. Tom. XXVI.
(3) *Desormeaux*. Dict. 21. vol. article *uterus* pag. 130.
(4) Bibliothèque médicale Tom. LXXVI. pag. 125.
(5) A synopsis of various kinds of diff. partur. pag. 66. et 244.

à la fin de la gestation, étaient sans doute des obliquités postérieures de l'utérus, signalées depuis longtemps sous la dénomination de positions sus-pubiennes ou obliquités postérieures du fœtus (1), ou bien des grossesses extra-utérines présentant une poche fœtale, qui refoulait en haut la matrice vide et rendait ainsi son orifice presque inaccessible.

Comme vers la fin du quatrième mois l'axe longitudinal de l'organe gestateur égale et surpasse de quelques lignes le diamètre sacro-pubien de la cavité pelvienne, il résulte que non seulement le déplacement ne peut plus avoir lieu après cette époque, mais que, lorsqu'il existe alors, le rectum, le col de la vessie et le canal de l'urètre se trouvent affaissés et si fortement comprimés, que l'utérus enclavé dans le bassin, et se moulant en quelque sorte contre les parties qui lui opposent de la résistance, s'engorge et s'enflamme, en aggravant encore tous les symptômes déjà si alarmants de la rétroversion.

Quand le renversement s'opère subitement, il est presque toujours déterminé par des contractions violentes et soudaines des puissances musculaires abdominales et diaphragmatiques, telles que celles qui résultent des efforts du vomissement, de l'expulsion de l'urine et des excréments, d'une violence extérieure, d'une chute, d'un coup, d'une forte com-

(1) Prat. des accouch. de Mme *Lachappelle*, T. III. pag. 295.

pression sur la région hypogastrique (1), d'une frayeur subite (2), produisant un violent mouvement convulsif du diaphragme.

Il est facile de comprendre pourquoi les déviations utérines ont une marche plus rapide et des conséquences plus fâcheuses pendant la grossesse. Mais comme l'antéversion est extrêmement rare pendant cet état physiologique de la femme, nous allons nous contenter d'ajouter à ce que nous avons déjà dit, seulement les caractères qui sont propres à la rétroversion pendant la gestation.

Les causes que nous avons signalées comme pouvant déterminer la rétroversion pendant la vacuité de l'utérus, agissent toujours plus fortement chez les femmes enceintes. Selon *Hunter, Denman, Meriman, Callisen, Boer, Sibergundi*, la rétention de l'urine dans la vessie est la cause la plus ordinaire de cette déviation de l'utérus. Ce symptôme, qui pendant la grossesse est, en réalité, un des premiers qui annonce la rétroversion, peut être à la fois une cause et un effet de la maladie, et il est difficile de distin-

(1) *Desgranges* de Lyon dans son mémoire couronné par l'Académie de Chirurgie rapporte un cas de rétroversion de l'utérus, déterminée par la pression d'un chaudron rempli de linge mouillé.

(2) Dans le quatrième volume des *Medical observations and inquiries*, *Hunter* donne l'histoire d'une jeune femme qui éprouva subitement tous les accidents de la rétroversion, à la suite d'une grande frayeur.

guer si c'est la distension de la vessie qui fait basculer la matrice en soulevant son col, ou, au contraire, si c'est l'organe gestateur entraîné par son propre poids, ou une autre cause qui, comprimant alors le col de la vessie et le canal de l'urètre, s'oppose à la sortie de l'urine.

Lorsque la rétroversion a lieu pendant la grossesse, le méat urinaire est tellement retiré derrière le pubis, qu'on a peine à le trouver, et le canal est si fortement comprimé contre la symphyse, que, le plus souvent, il est impossible d'y faire pénétrer une sonde, même aplatie. L'issue de l'urine, qui a quelquefois lieu par regorgement, est le plus souvent tout-à-fait arrêtée, de sorte que la distension de la vessie peut devenir extrême au point de se rompre, comme *Smelie*, *Vandœveren* et *Lyne* en ont rapporté des exemples.

Le rectum est également si fort comprimé, que la plus petite parcelle de matières stercorales ne peut sortir, et que la malade est dans l'impossibilité de recevoir des lavements. Il existe alors en même temps une tuméfaction douloureuse dans les parties génitales externes; et si l'on pratique le toucher vaginal, on trouve l'utérus situé, comme nous l'avons indiqué, plus haut et la paroi antérieure du vagin très distendue, tandis que la postérieure est lâche et plissée : le contraire aurait lieu si la déviation était une antéversion au lieu d'une rétroversion.

Le volume de la matrice continuant d'augmenter par l'effet de l'avancement de la grossesse, l'inflammation ne tarde pas à s'emparer de ce viscère, qui est enclavé entre le sacrum et la symphise pubienne, et qui est quelquefois si fortement comprimé, qu'en faisant l'autopsie des femmes qui ont succombé aux accidents de la rétroversion, on n'a pu le déplacer qu'après avoir divisé les os du pubis (*Levret*). Dans ce cas malheureux, l'inflammation s'était étendue sur le péritoine, la vessie, et les reins; les femmes avaient succombé, soit à la suite de ces vastes phlegmasies, soit après la rupture de l'utérus et le plus souvent de la vessie. Cependant on a vu la maladie se terminer heureusement, lors même qu'elle avait été abandonnée aux seuls efforts de la nature. La douleur ayant forcé les malades de garder la position horizontale, l'utérus s'était redressé, tous les accidents avaient cessé, et la grossesse avait ensuite parcouru toutes ses phases. Quelquefois l'avortement a eu lieu après la réduction spontanée; mais le plus souvent il l'a précédé et en a été la cause déterminante.

L'augmentation du poids de l'utérus et une certaine laxité de ses ligaments étant la cause la plus ordinaire des déviations de son axe vertical, il semble d'abord surprenant que l'antéversion ne soit pas comme la rétroversion, plus fréquente pendant la grossesse. L'explication de la rareté du premier dé-

placement et de la fréquence du second après la conception, se trouve naturellement dans la différence que la gestation a apportéedans la disposition des parties. En effet, la paroi postérieure de la matrice, qui est plus convexe que l'antérieure dans l'état de vacuité, se dilate aussi d'une manière plus marquée dans les premiers temps de la grossesse, de sorte que le fond de l'organe réproducteur se trouve entraîné du côté le plus lourd, c'est-à dire en arrière, à moins qu'il ne soit soutenu par la face antérieure du sacrum. C'est pour cela qu'une des principales causes prédisposantes de la rétroversion est la concavité trop profonde du sacrum. Une autre disposition anatomique qui s'oppose encore à l'antéversion pendant la grossesse, c'est que la paroi antérieure de la matrice, en devenant convexe, rencontre bientôt la face postérieure de l'arcade pubienne, et en reçoit un point d'appui qui tend à rejeter le corps de l'organe en arrière. Le mécanisme de la rétroversion et la rareté de l'antéversion pendant la grossesse sont faciles à comprendre, si l'on réfléchit que, d'une part, le plus grand poids de la paroi postérieure de l'utérus entraîne l'organe contre le sacrum, et que la rétroversion n'a lieu que parce que cet os présente une concavité anormale, dans laquelle la matrice est refoulée, soit par la vessie distendue par l'urine, soit par l'arc-boutant que forme le col utérin contre la face postérieure du pubis. Les ligaments larges, de

plus en plus raccourcis, tendent toujours à porter le corps du viscère au-dessus de l'excavation pelvienne; mais la saillie de l'angle sacro-vertébral empêche l'utérus de s'élever, et contraint le fond de cet organe à s'incliner en arrière et à se loger dans la courbure postérieure du bassin.

Le mécanisme de l'antéversion est extrêmement simple, et d'autant plus facile à comprendre que cette déviation est toujours le résultat de l'exagération de l'inclinaison naturelle de la matrice. Comme le fond de cet organe, se porte toujours en avant lorsque la vessie se vide, l'antéversion légère qui en résulte n'offre aucune incommodité, et n'a rien de morbide, puisqu'elle est promptement réparée par un changement d'attitude ou la réplétion de la vessie. Mais il n'en est pas ainsi quand le poids de l'utérus est augmenté, par l'engorgement plus ou moins considérable de son fond ou de sa paroi antérieure; alors les replis illiaco-utérins du péritoine se trouvant continuellement distendus, cédent peu à peu, de sorte que toutes les fois que la femme est debout, la matrice incline son fond en avant et presse la vessie dont elle rapproche les parois qui sont refoulées derrière la symphyse pubienne, tandis que le museau de tanche se porte en arrière et comprime plus ou moins le rectum. Cette sorte de déviation utérine est encore augmentée par la pression des viscères abdominaux qui pèsent constamment sur la face pos-

térieure de la matrice, qui de verticale et postérieure est devenue horizontale et supérieure.

Cependant l'antéversion peut avoir lieu quelquefois sans engorgement de l'utérus, car les efforts répétés d'un travail pénible, ceux résultant des vomissements, de la constipation, du rapprochement sexuel avec disproportion dans la conformation des époux ; enfin la fatigue et toutes les secousses en général ont quelquefois déterminé ce genre de déviation et ont agi comme causes occasionnelles. Les adhérences pathologiques qui résultent d'une inflammation utéro-péritonéale, peuvent aussi par leur rétraction, incliner le corps de la matrice en avant et le maintenir invariablement dans cette position.

Les accidents que nous avons fait connaître plus haut, comme étant les suites des déviations utérines, ne suffisent pas pour en établir le diagnostic, parce que la plupart sont communs à l'antéversion et à la rétroversion et peuvent se rencontrer réunis quoiqu'il n'existe qu'un simple prolapsus de la matrice. Le toucher seul suffit pour établir les signes qui font non-seulement connaître le degré du déplacement, mais encore distinguer quelle est son espèce. Si l'on porte le doigt indicateur dans le vagin, la femme étant debout, on trouve à peu de distance de ce canal, une sorte de tumeur qui remplit la cavité du bassin ; cette tumeur est la matrice elle-même qui offre sa surface antérieure ou postérieure selon l'espèce de déviation.

Dans le cas d'antéversion c'est la surface antérieure que l'on sent ; le fond de l'organe se trouve tourné vers la symphise pubienne et le museau de tanche vers le sacrum ; si au contraire c'est une rétroversion, la matrice présente sa surface postérieure, son fond appuye contre le sacrum et son orifice touche la face postérieure du pubis. Si l'on pratique le toucher par le rectum, on rencontre à une certaine hauteur une tumeur formée par le fond ou le col de l'utérus qui déprime l'intestin. Le cathétérisme qui est souvent très-difficile, fait découvrir contre la paroi postérieure de la vessie, le corps solide et charnu qu'on a déjà rencontré avec le doigt et qui produit alors la sensation d'une tumeur squirreuse ou d'un calcul chatonné. *Levret* (1) avoue avoir pris une antéversion de la matrice, pour une pierre chatonnée ; ce ne fut qu'après avoir pratiqué une opération de lithotomie qui fut suivie de la mort qu'il put à l'autopsie reconnaître son erreur et constater alors l'existence de l'antéversion.

La situation du col de l'utérus à tel ou tel point de la surface interne du bassin fait connaître l'espèce de déplacement qui existe ; mais sa hauteur plus ou moins considérable ne fait pas toujours juger de son étendue avec exactitude ; on peut en effet atteindre souvent très-facilement, le museau de tanche, quoi-

(1) Journal de médecine, Tom. XL, pag. 269.

que le renversement du fond de la matrice soit porté au plus haut point, parce que, ainsi que l'a fait observer *Baudeloque*, le col de ce viscère se recourbe quelquefois comme le bec d'une cornue.

L'existence d'une tumeur fibreuse ou enkystée, ou une grossesse développée dans l'épaisseur des parois de la matrice pourraient être confondues avec une déviation de cet organe ; mais le toucher vaginal, rectal et hypogastrique, permettent facilement de distinguer qu'il n'existe pas une tumeur double dans le premier cas et un volume extraordinaire de l'utérus dans le second. Cependant le gonflement inflammatoire du corps de la matrice peut dans quelques cas induire en erreur; le professeur *Désormeaux*(1) rapporte que deux médecins de Londres avaient pris l'un pour une tumeur morbide et l'autre pour un simple déplacement, une rétroversion de la matrice dont le fond était le siége d'un gonflement inflammatoire qui avait trompé les praticiens anglais. *Denman* (2) dit aussi qu'une tumeur et surtout un kyste séreux ou acéphalocystique, situés entre le rectum et le vagin, remplissant l'excavation pelvienne, déprimant l'intestin, le canal vaginal et la vessie, peuvent être pris pour une rétroversion ; si la tumeur existe avec la grossesse déjà un peu avancée, il est facile d'éviter toute méprise à cet égard, parceque, par le

(1) Dictionnaire de méd. en 21 vol. Tom. 21. pag. 127.
(2) Introduc. à la prat. des accouch. Tom. I pag. 149.

toucher hypogastrique, on sent facilement dans l'abdomen que la matrice est occupée par le produit de la conception : dans l'état de vacuité le diagnostic serait plus difficile, mais comme le disent madame *Boivin* et M. *Dugès*, si l'on arrive jusqu'à l'orifice utérin, on peut constater à sa direction et à sa mobilité, l'indépendance mutelle de l'organe et de la tumeur qui d'ailleurs n'est pas toujours située sur la ligne médiane et qui offre toujours des bosselures et des aspérités qui existent très-rarement sur l'utérus dévié. MM. *Bellanger* et *L'allemand* (1), ont rapporté plusieurs cas de rétroversions qui avaient été prises pour des hydropisies péritonéales ; la distention et la fluctuation abdominales étaient occasionnées par l'accumulation de l'urine qui ne s'échappait de la vessie qu'en très-petite quantité. Le toucher et le cathétérisme peuvent à l'instant faire cesser toute incertitude et indiquer bientôt la nature et le siége du liquide.

Toutes choses égales d'ailleurs, les accidents qui résultent de la rétroversion sont plus fâcheux que ceux déterminés par l'antéversion ; mais dans l'une et l'autre de ces déviations utérines, le pronostic est d'autant plus grave, qu'elles sont plus considérables et plus anciennes, et que la matrice se trouve plus ou moins étroitement resserrée dans la cavité pelvienne.

(3) Revue méd. T. I pag. 229. T. II. pag. 191, année 1824.

Le *traitement* de l'antéversion et de la rétroversion offre plusieurs indications à remplir qui consistent non seulement à replacer l'organe et à le maintenir réduit, mais encore à lever d'abord les obstacles qui pourraient rendre inutiles et dangéreux tous les efforts pour ramener l'utérus à sa rectitude naturelle, puis à remédier aux accidents qui auraient été déterminés par un déplacement prolongé ou quelques tentatives antérieures.

Lorsque la déviation est ancienne et considérable, on doit avant de tenter la réduction, combattre les accidents inflammatoires, à l'aide des évacuations sanguines générales et locales, des bains, des injections mucilagineuses; souvent l'emploi des moyens antiphlogistiques, ont permis d'opérer une réduction, qu'on avait d'abord supposée impraticable; l'expulsion de l'urine et des matières fécales, étant presque toujours plus ou moins suspendue, une des premières indications est de rétablir leur cours afin de lever le plus possible les obstacles qui sopposent au redressesement de l'utérus. Le cathétérisme et l'évacuation du rectum, ou l'émission de l'urine obtenue par le procédé de *Baudeloque* qui consiste à soulever le col de la matrice, ont souvent suffi pour que cet organe prenne spontanément sa rectitude normale. Si le tiraillement du méat urinaire en haut et en arrière et l'applatissement de l'urètre rendaient trop difficile l'introduction de la sonde, on devrait se

servir de l'algalie plate de *Ségrot* que l'on ferait pénétrer en tournant sa concavité en arrière et en ayant le soin d'écarter le col de la matrice qui comprime le canal de l'urètre, au moyen d'un doigt indicateur dirigé le long de la symphise pubienne.

Effrayés des difficultés qu'on trouvait dans certains cas ponr introduire une sonde dans la vessie, *Lyne* et *Dussaussoy* ont proposé de faire la ponction de la vessie au-dessous du pubis, et *Sabattier* lui-même en fait un précepte formel pour les cas où le cathétérisme présenterait des obstacles insurmontables. Lorsqu'on est parvenu à faire évacuer l'urine par un des moyens que nous avons indiqués, le repos et une situation convenable suffisent quelquefois pour donner lieu à une réduction spontanée, surtout lorsqu'on est parvenu à vider le rectum au moyen de lavements, ce qui malheureusement ne peut se faire que dans un bien petit nombre de cas.

Pour opérer la réduction de la matrice, il faudra faire prendre à la femme une position convenable, en la faisant coucher sur le dos, de manière à ce que les parois de l'abdomen soient dans le plus grand relâchement possible, puis on tâchera de redresser l'organe en accrochant avec le doigt indicateur le museau de tanche arrêté en arrière ou au-dessus du pubis. Si ce moyen ne suffit pas, on portera dans le rectum quelques doigts de la main gauche, et on repoussera en haut le fond de

l'organe pendant qu'avec un ou deux doigts de la main droite portés dans le vagin, on cherchera à faire descendre le col; lorsqu'on ne pourra atteindre le museau de tanche, on devra aller le chercher avec l'instrument en forme de cuiller inventé par Madame *Boivin*, ou avec celui que nous avons imaginé pour le même usage et que nous trouvons plus commode. Quand toutes ces tentatives n'auront pas été suivies du résultat qu'on en attendait, on fera placer la femme sur les coudes et les genoux parce que dans cette situation les viscères abdominaux pressent moins sur l'utérus et favorisent par leur déplacement l'élévation de cet organe que le chirurgien s'efforce en même temps de désenclaver et de dégager de la cavité pelvienne.

Si tous les moyens indiqués ne suffisaient pas, on pourrait à l'imitation de *Dusaussoie*, ancien chirurgien major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, introduire la main entière dans le rectum (1), et repousser ensuite le corps de la matrice, qui céderait plus faci-

(1) Un moyen qui aide de beaucoup à la dilatation du rectum, consiste à introduire dans cette cavité quelques heures avant l'opération un suppositoire de beurre de cacao employé seul, ou encore mieux incorporé avec de l'extrait de belladone dans la proportion d'un grain par gros de beurre de cacao. L'emploi de ce moyen, également très efficace pour remédier à la constipation résultant de la constriction du sphincter, facilite le glissement des doigts, l'ampliation de l'anus, et atténue ainsi les douleurs qui résultent de la distention du rectum.

lement à ce nouvel effort combiné avec celui des doigts portés dans le vagin et agissant simultanément sur le col. Si les doigts n'avaient pas assez de prise, on devrait, comme l'ont fait MM. *Bellanger* et *l'Allemand*, faire pénétrer dans la vessie une forte algalie aplatie à son extrémité vésicale, dont on se servirait comme d'un levier en déprimant le museau de tanche à travers les parois de la vessie avec la concavité de l'instrument, en même temps que les doitgs placés dans le rectum redresseraient le fond de l'utérus. Souvent dans des cas où les autres tentatives avaient été infructueuses on est parvenu à faire cesser l'enclavement par les deux mouvements de bascules exécutés comme nous venons de le dire. Nous devons ajouter que le plus ordinairement les premières manœuvres, surtout dans le cas d'antéversion, suffisent pour ramener l'organe gestateur à sa rectitude naturelle.

Lorsque la réduction sera opérée et quand l'organe gestateur se trouvera à l'état de vacuité, il suffira dans les cas les plus simples pour s'opposer au renouvellement du déplacement et rendre aux parties voisines leur tonicité nécessaire, il suffira disons-nous, de faire garder pendant quelques mois la situation horizontale, secondée ensuite par les bains froids de rivière ou de mer, l'emploi des douches ascendantes faites avec des décoctions toniques et surtout avec les eaux sulfureuses de Barèges. Si la

maladie était ancienne et se trouvait parvenue à un certain degré de développement, tous ces moyens ne seraient pas suffisants, et on devrait avoir recours à l'emploi des pessaires, principalement à ceux en bilboquet qui, recevant le museau de tanche dans leur cuvette, le fixent dans le centre de la cavité pelvienne, et forcent le fond de l'utérus à rester redressé. Les pessaires en bilboquets lorsqu'ils sont bien fixés par leur tige au moyen d'une ceinture et des courroies, ont l'avantage de se déplacer plus difficilement et de s'opposer au renversement de la matrice beaucoup mieux que les autres pessaires, qui, pour la plupart, repoussent et tiennent cet organe élevé en totalité, mais ne le maintiennent pas aussi bien dans sa rectitude naturelle.

Au lieu d'un pessaire placé dans le vagin, *Aspasie* (*Ætius loco citato*) procédait au traitement de la rétroversion de la manière suivante : (*at vero aversionem versus anum; ita curabimus*). Elle recommandait à la matrone (*obstetrix*) d'introduire un doigt dans l'anus et de pousser l'utérus en avant. Elle faisait ensite placer *à demeure* dans le rectum une grosse bougie, (Glandem), de quatre pouces de longueur et à l'extrémité de laquelle il fallait attacher un fil afin de la retirer plus facilement. Elle prescrivait alors des injections huileuses par l'anus et le vagin. Pour remplir l'indication que se proposait *Aspasie*, c'est-à-dire pour maintenir l'utérus

redressé, on a employé des éponges simples ou supportées par des tiges droites ou courbes, placées dans le rectum ou dans le vagin, et d'autres moyens le plus souvent inutilement mis en usage: le professeur *Désormeaux*, pour parvenir mieux et plus simplement au même but, a proposé de porter dans le canal vulvo-utérin, un pessaire de gomme élastique en anneau et de le placer de champ derrière le col de la matrice; mais ce moyen a été employé sans avantage par plusieurs praticiens, entr'autres par M. *Nauche*. Le pessaire moulé sur le vagin, que M. *Cloquet* appelle élytroïde, ou le pessaire cylindrique de M. *Rognetta*, qui seraient l'un et l'autre terminés par une cuvette ne présentant qu'un bord taillé en biseau, dans le genre de celui dont nous donnons un dessin à la fin de cet ouvrage, nous paraît encore plus capable que tous les autres de maintenir l'utérus ramené à sa rectitude naturelle. Si le déplacement était une antéversion, le côté saillant de la cuvette devrait être placé entre le sacrum et le col utérin, et au contraire il serait fixé entre le col et la face postérieure des pubis, si l'on voulait remédier à une rétroversion. L'absence, d'un côté, de la paroi et du bord de la cuvette permettrait que l'utérus, fût refoulé dans le sens opposé à la déviation, d'une manière plus complète que si on avait recours même aux pessaires à cuvettes ordinaires dont le rebord non interrompu ne permetrait pas un redressement aussi parfait.

Si la déviation utérine était une antéversion ayant eu lieu à la suite d'une inflammation et d'un engorgement de la matrice, on devrait être réservé dans l'emploi des pessaires, parce que leur présence dans le vagin et leur contact immédiat sur l'organe enflammé, augmenteraient l'irritation et par conséquent la cause essentielle du déplacement. Il faudrait dans ce cas avoir recours à l'emploi des antiphlogistiques, aux petites saignées dérivatives, aux émollients administrés sous la forme de bains, de boissons, de lavements, de cataplasmes, de fomentations; ces moyens continués pendant quelques semaines et joints à l'emploi des narcotiques et au décubitus dorsal sur un lit disposé de telle sorte que le bassin soit un peu plus plus élevé que le tronc, ces moyens, disons-nous, ont souvent suffi pour obtenir une guérison complète. Le redressement à l'aide d'un pessaire devra au contraire être toujours employé lorsque la sensibilité de l'organe ne sera pas très vive. Souvent dans ce cas l'irritation mécanique produite par la présence d'un de ces instruments a suffi pour faire disparaître la métrite chronique qui était ou la cause, ou l'effet de la déviation. *Levret* pense que l'usage des pessaires devient le plus souvent un moyen de cure de l'antéversion, mais qu'il faut porter ces instruments de 10 à 15 mois; il ajoute que l'écoulement leucorrhéique qui est d'abord provoqué diminue bientôt et cesse tout-à-fait, ce qui est un signe

de guérison. *Désormeaux*, qui partageait les idées de *Levret* à cet égard, était d'avis que l'on pouvait se dispenser de faire usage des pessaires aussi longtemps, et que l'inflammation vaginale résultant de leur emploi, déterminait une sécrétion qui favorisait le dégorgement de l'utérus, en agissant d'une manière dérivative. Ce qu'il y a de certain, c'est que si dans quelques cas l'usage des pessaires ne procure pas une cure parfaite, ils ont presque toujours l'avantage de procurer un grand soulagement, dans les déviations utérines qui nous occupent.

Lorsque le déplacement est une rétroversion qui s'est prolongée jusqu'au troisième ou au quatrième mois de la grossesse, la matrice se trouve quelquefois si étroitement enclavée entre le pubis et le sacrum, que la réduction est impossible et que la femme est exposée à une mort certaine si l'on ne vient à son secours. Dans cette affreuse position où la mère et l'enfant sont voués à une mort inévitable, il reste un moyen extrême proposé d'abord par *Lyne* (1), et conseillé par *Hunter*. Cette dernière planche de salut, qui peut permettre ensuite le redressement de l'utérus, consiste à plonger dans le corps de ce viscère pour en diminuer le volume, un trois quarts à travers les parois du vagin, de manière à faire écouler les eaux qni relativement à la gros-

(1) Medical observations and inquiries. Tom. IV.

seur du fœtus sont alors très abondantes. Cette opération pratiquée par M. *Jourel* de Rouen, et *Viricel* de Lyon, et plus récemment par M. *Baynham*, dans des circonstances qui semblaient ne laisser aucun espoir de sauver les femmes, a calmé les accidents, déterminé l'avortement, et conservé la vie des malades.

Lorsqu'on aura reconnu la nécessité de recourir à ce moyen extrême qui offre cependant assez de chances heureuses, on devra y procéder de la manière suivante : La femme étant placée convenablement et soutenue par des aides, l'opérateur cherchera d'abord à voir si c'est du côté du vagin ou du rectum que la matrice est le plus tendue ; puis, avant de plonger un trois-quarts dans le corps de cet organe, il devra faire tous ses efforts pour arriver dans la cavité utérine à travers l'ouverture du museau de tanche, de manière à chercher à perforer les membranes de l'œuf, comme *White*, *Hamilton*, *Dewees*, *Jourel* l'ont tenté sans succès. Pour faciliter cette perforation, on pourra se servir, d'après le conseil de M. *Dugès*, d'une sonde d'homme conique et courbée, de façon à pénétrer dans l'orifice de l'utérus, ou d'une sonde creuse de gomme élastique, dont la flexibilité facilitera l'introduction, parce qu'elle s'adaptera à toutes les courbures et les détours que pourra présenter la situation anormale des parties. Lorsque la sonde aura pu pénétrer dans la matrice,

on introduira dans la cavité de l'instrument, un mandrin flexible, qui, par ce moyen, sera conduit facilement dans l'organe, et qui, par la petite saillie triangulaire que fera la pointe au-delà du bec de la sonde, ira ouvrir les membranes placentaires. Si le chirurgien ne pouvait arriver à ce résultat, on ferait, au moyen d'un trois-quarts, la ponction par le vagin, sur une des faces du col ou du corps de l'utérus; parce que l'opération pratiquée par cette voie est moins dangereuse et plus facile que par le rectum; car cette dernière méthode entraîne nécessairement la perforation du péritoine. Cependant la ponction utérine par le rectum a réussi à M. *Baynhan*, dans un cas où il avait en vain introduit la main entière dans cet organe pour refouler la matrice. La femme opérée par cet habile praticien était au sixième mois de la grossesse, et la rétroversion utérine remontait à plus de cinq semaines. La ponction ayant diminué le volume de l'utérus, la réduction put être opérée facilement, et l'avortement eut lieu peu de temps après. Le fœtus, dont l'abdomen avait été blessé, présentait la taille ordinaire au sixième mois; six semaines après l'accouchement, la femme était parfaitement rétablie. Le baron *Boyer* (Mal. chir., tom. x, pag. 531) cite un autre cas de succès obtenu par la même méthode, et mentionné dans le Recueil des thèses de la faculté de Paris.

Pour pratiquer la ponction par le rectum, le trois-

quarts ordinaire est trop court ; il doit être remplacé par celui de *Fleurant*, destiné à la ponction de la vessie par l'anus, et dont la tige courbée présente un pouce de plus que celle des autres, ce qui facilite de beaucoup l'opération. Quel que soit, du reste, le procédé que l'on adopte, il faudra enfoncer l'instrument perforateur assez profondément, et avoir un long stylet boutonné pour dégager l'ouverture supérieure de la canule si elle venait à être obturée, de manière à arrêter l'écoulement des eaux de l'amnios. Lorsque l'opération sera terminée, on s'empressera de réduire la matrice, et on donnera à la femme tous les soins consécutifs que réclame l'avortement provoqué, qui est à peu près une suite inévitable de la ponction de l'utérus.

Pour faire cesser l'enclavement de l'organe gestateur et sauver l'enfant tout en exposant moins la mère, plusieurs praticiens, entre autres *Purcell*, *Gardien*, *Baumgarten*, *Jahn*, ont proposé de substituer à la ponction la section de la symphise pubienne : ce moyen, qui n'a pas encore été mis en pratique pour remédier à une déviation utérine, ne paraît pas avoir, abstraction faite de ses dangers et de ses inconvénients, les avantages qu'on lui a supposés; car le petit écartement transversal qui en résulte n'augmente que de très peu le diamètre sacro-pubien, dans le sens duquel la matrice est engagée. Nous pensons qu'ayant la ressource de la ponction de la

matrice et celle de la vessie, on ne doit pas également avoir recours à l'incision qu'on a proposé de pratiquer à la région hypogastrique, pour donner la facilité de porter la main dans la cavité pelvienne afin de relever l'utérus enclavé. Ce moyen, qui est cependant moins cruel que l'opération césarienne, nous semble également fort douteux dans ses résultats; car, à l'autopsie d'une femme qui avait succombé aux suites d'une rétroversion, *Hunter* rapporte qu'il ne put dégager la matrice qu'après avoir scié le bassin en deux parties.

Avant de terminer ce que nous avions à dire sur les déviations utérines, nous ajouterons que lorsque, par un des moyens indiqués, on sera parvenu à opérer la réduction, on devra recommander à la femme de rendre les urines au premier besoin, et on aura le soin de combattre la constipation, principalement avec le secours des suppositoires de beurre de cacao.

Les inflammations consécutives seront combattues par les bains, les saignées, et les autres anti-phlogistiques que nous avons déjà indiqués, et on aura recours aux mêmes moyens s'il survenait une rétention d'urine dépendant d'une phlogose déterminée par la compression, que le col de la matrice a exercée pendant quelque temps sur l'orifice de la vessie. Si la rétention du fluide cystique avait pour cause un état d'inertie produit par la distention prolongée des

parois de ce viscère, on chercherait à ranimer leur action par des injections aromatiques et astringentes, surtout par des injections sulfureuses des eaux de Barège. L'indication serait la même si l'ischurie ou la dysurie dépendaient de la paralysie du sphyncter de la vessie, qui succède quelquefois à la compression que le museau de tanche a exercée sur l'orifice de cet organe pendant la rétroversion.

DE L'ANTÉFLEXION ET DE LA RÉTROFLEXION OU DES INCURVATIONS DE LA MATRICE.

Quoique nous eussions pu tout aussi bien classer l'antéflexion et la rétroflexion parmi les lésions *de forme* que parmi les lésions de *situation*, nous avons cru devoir les ranger dans cette dernière section, afin d'en faciliter l'étude en les rapprochant de l'antéversion et de la rétroversion dont elles diffèrent très peu sous le rapport du traitement, et des signes généraux qui leur sont propres.

Si les *incurvations* ou flexion de l'organe gestateur n'ont jusqu'à présent que très peu fixé l'attention du praticien et des auteurs, c'est moins parce qu'elles se sont rarement présentées à l'observation que par la raison qu'elles ont été le plus souvent confondues avec d'autres affections utérines.

Quoique *Levret*, vers le milieu du siècle dernier, et *Baudelocque*, quelques années plus tard, eussent

déjà observé que, dans certain déplacement de la matrice, le col s'inclinait du même côté que le fond, et que, dans ce cas, le corps de l'organe se trouvait recourbé à la manière d'une cornue; c'est à *Denman* (1) qu'on doit attribuer le premier exemple précis d'une flexion utérine, qui, à la vérité, fut publié sans aucun détail circonstancié. Néanmoins, l'observation mentionnée par ce dernier auteur et les remarques faites antérieurement par *Levret* et *Baudelocque*, étaient à peu près restées dans l'oubli, lorsqu'un nouveau fait, communiqué par Madame *Boivin* au docteur *Ameline*, et inséré dans la thèse de ce jeune médecin (2), fixa l'attention sur les incurvations utérines, qui, depuis cette époque, ont été plusieurs fois constatées et rationnellement traitées par plusieurs praticiens, entre autres *Désormeaux* et MM. *Dugès* et *Deneux*.

Lorsque la flexion de l'utérus est une antéflexion, le col conserve sa position naturelle, mais le corps de l'organe est incliné en avant et se trouve engagé derrière la symphise pubienne. Dans la rétroflexion, le viscère est disposé en sens inverse, c'est-à-dire que le fond est tourné en arrière et s'engage dans la courbure du sacrum, quoique le col conserve, ainsi que dans le premier cas, sa direction naturelle.

L'incurvation de la matrice ne présente pas toujours les dispositions que nous venons de signaler;

(1) Introduction to midwifery, 1801.
(2) Dissert. inaug. Paris 1827. N° 55.

ainsi l'on trouve dans quelques cas le corps et le col de l'organe, infléchis du même côté, ou bien cette dernière partie est seule déviée tandis que le fond conserve sa rectitude ordinaire. Comme ce genre de flexions de l'utérus sur lequel a surtout insisté *Boer*, est une lésion qui coïncide presque toujours avec l'état de grossesse, nous nous contentons de l'indiquer pour nous étendre avec beaucoup de détails sur les flexions qui doivent plus spécialement nous intéresser, c'est-à-dire celles qui ont lieu pendant la vacuité de l'organe gestateur.

Selon M. *Dugès*, la flexion de l'utérus peut être congéniale, du moins cet habile praticien dit l'avoir observée (1) chez des filles qui n'étaient pas encore parvenues à l'âge de la puberté. Les cas de ce genre doivent être très rares; aussi nous pensons, avec M. *Dugès* et madame *Boivin*, que la rapidité avec laquelle la matrice se développe vers l'âge de douze ans explique mieux comment dans d'autres cas un développement plus complet d'un côté que de l'autre a pu amener une incurvation en quelque sorte organique. La réduction plus rapide et la condensation plus parfaite dans une des parois de la matrice, après l'accouchement, le ramollissement, ou la rétraction d'un seul côté de ce viscère à la suite d'une cicatrice interne ou d'une in-

(1) Traité des malad. de l'utérus. Tom. I, pag. 196.

flammation, les dégénérescences fibreuses, les adhérences d'une des parois avec les annexes utérines, l'obstruction de la cavité du col, et selon *Denman*, la rétention d'urine survenue à l'époque de la délivrance, peuvent être des causes essentielles d'une flexion de l'utérus, surtout de la rétroflexion. Nous croyons cependant, comme l'habile professeur de l'école de Montpellier, que cette dernière circonstance ne peut donner lieu à une flexion utérine qu'autant qu'il s'y joint une des positions spéciales que nous venons de signaler.

L'incurvation qui a lieu ordinairement vers le point où la base du col s'unit au corps de la matrice présente une courbure variable de telle sorte que l'organe qui est quelquefois comme plié en deux peut former un angle plus ou moins obtus. La courbure offre toujours une certaine rigidité, et dans quelques cas rares, surtout peu de temps après l'accouchement, le corps de la matrice est mobile sur le col, ainsi que *Denman* l'a signalé dans l'observation de rétroflexion qu'il a publiée.

Les signes généraux de l'antéflexion et de la rétroflexion sont à peu près les mêmes que ceux de l'antéversion et de la rétroversion; ainsi la malade éprouve des douleurs dans les régions lombaires et hypogastriques, de la gêne dans l'expulsion de l'urine et les matières fécales et tous les accidents consécutifs et sympatiques qui sont propres aux autres

déviations utérines, tels que la leucorrhée, l'aménorrhée, la dysménorée, les symptômes hystériques et spasmodiques, les tiraillements dans le bassin, les aines, les lombes, les cuisses, les fréquentes envies d'uriner, enfin un sentiment de pression pénible sur la vessie et le rectum, etc.

Quoiqu'il soit très difficile de bien établir la différence qui existe entre les incurvations de l'utérus et l'antéversion et la rétroversion de cet organe, cependant on peut éviter de confondre ces différentes lésions, par l'exploration attentive des parties.

Avant de procéder à toute espèce d'examen, il est indispensable de faire vider la vessie et de débarrasser le rectum des matières qu'il pourrait contenir. Le chirurgien devra ensuite pratiquer le toucher vaginal, la femme étant debout, puis couchée, comme pour l'application du speculum ; le doigt indicateur de la main droite sera porté dans le vagin en même temps que la main gauche appliquée sur l'hypogastre rendra plus accessible au doigt le col et le corps de l'organe gestateur, et cherchera par des pressions modérées si le fond de la matrice est dans sa rectitude normale pendant que le col est incurvé, ou si celui-ci conserve sa direction naturelle, tandis que le corps du viscère est seul dévié. Ce dernier genre de flexion utérine est beaucoup plus fréquent que le premier qui est lui-même moins rare que la double flexion du col et du fond de l'organe dans la même direction.

Afin de juger d'une manière méthodique la grandeur de la courbe formée par la matrice, on devra en continuant de fixer ce viscère dans le bassin avec la main gauche appliquée sur les parois abdominales, on devra, disons-nous, suivre avec le bout du doigt introduit dans le vagin l'arc décrit par la flexion utérine, en ayant le soin d'exécuter cette manœuvre sur le côté gauche de la courbure, si l'on pratique le toucher de la main droite, et dans le sens opposé, si l'on s'est servi de l'autre main.

Pour compléter autant que possible le diagnostic, et surtout afin de s'assurer si l'utérus n'a pas contracté des adhérences qui rendraient la guérison impossible, on cherchera à le faire mouvoir en différents sens, et s'il reste encore quelque obscurité à cet égard ou sur tout autre point, on aura recours au toucher par le rectum soit à la manière ordinaire, soit, ainsi que le conseille M. *Dugès*, en introduisant l'index dans l'intestin pendant que le pouce de la même main sera placé dans le vagin, de manière à loger la matrice entre lui et l'autre doigt explorateur, et à former ainsi une sorte de compas *intelligent* très-propre à apprécier la courbure, l'étendue et la position de l'organe. Cette manœuvre est en général assez facile sur les femmes maigres qui ont usé du coït et même chez les filles lymphatiques dont les parois vaginales sont relachées par une leucorrhée habituelle.

Si la stérilité peut dépendre d'une incurvation uté-

rine, la grossesse peut, selon M. *Dugès*, amener une guérison momentanée et définitive, parce que la distension forcée de l'étranglement qui sépare le col du corps de l'utérus, le redressera dans certains cas, si pendant les premiers mois de la gestation on a le soin de maintenir le plus possible l'organe gestateur dans sa rectitude normale, et si surtout on prévient les accidents qui sont des causes occasionnelles des déviations utérines. Pour éviter la récidive, on devra, aussitôt après la délivrance, hâter la contraction de l'utérus replacé dans sa situation normale, au moyen de frictions sur l'hypogastre, et faire en sorte que l'urine ne s'accumule pas dans la vessie et les excréments dans le rectum. On préviendra également les rechutes au moyen du décubitus dorsal si l'on a affaire à une antéversion, de même qu'on conseillera la situation sur le côté en se rapprochant le plus possible de la pronation, si l'incurvation est une rétroflexion ; quelle que soit du reste la nature de la flexion utérine, la femme devra être placée dans son lit de manière à ce que le bassin soit plus élevé que les épaules.

Le traitement des flexions de l'utérus diffère peu de celui de la rétroversion et de l'antéversion ; car l'on combat les accidents qu'elles déterminent par des mêmes moyens généraux. Ainsi, quand il existe les symptômes de congestion, de pléthore, de phlogose, on a d'abord recours aux bains, aux saignées et à

d'autres antiphlogistiques selon l'indication, puis après avoir opéré la réduction mécanique avec les doigts, l'on maintient ensuite l'utérus redressé, soit comme l'a fait M. *Deneux* en poussant une éponge dans le sens opposé de la flexion entre le col de cet organe et les parois du vagin, soit en glissant entre ces parties un pessaire en anneau de gomme élastique ou d'ivoire, qui serait placé simplement de champ ou comme le conseille *Désormeaux*, de manière que la partie supérieure du bord de l'instrument soutiendrait le fond de la matrice relevée, tandis que son ouverture présenterait une concavité suffisante pour recevoir l'extrémité recourbée du col utérin. On pourrait également, comme l'indique M. *Nauche*, employer un pessaire en bondon disposé de manière qu'un de ses côtés remonte plus haut dans le sens de la flexion. L'application d'un pessaire cylindrique, comme nous l'avons modifié pour remédier à l'antéversion et la rétroversion, remplirait encore mieux cette indication ; mais malheureusement les incurvations anciennes sont le plus souvent très-difficiles à guérir avec le seul secours des moyens mécaniques.

On pourra encore combattre avec avantage les accidents déterminés par les inflexions utérines, et augmenter ainsi l'efficacité des autres moyens que nous venons de signaler, en y joignant l'emploi des stimulants, des dérivatifs et des fortifiants, tels que les douches faites avec les eaux sulfureuses de Barèges, et

dirigées dans le vagin et le rectum, les frictions, les vésicatoires, les cautères, les moxas appliqués dans la rétroflexion aux aines et vers le pubis, et dans l'antéflexion sur le sacrum et les parties voisines des cordons utéro-sacrés.

Nous terminons ce que nous avions à dire sur les incurvations utérines, en ajoutant que madame *Boivin* et M. *Dugès* sont les seuls auteurs qui aient donné des observations détaillées de l'antéflexion et de la rétroflexion, soit chez les vierges, soit chez les femmes, à toutes les époques de la grossesse, après la parturition et à la suite de l'avortement. Si déjà nous n'avions pas été entraînés trop loin, nous aurions rapporté ici les faits intéressants qui sont consignés dans l'excellent ouvrage des deux habiles praticiens que nous venons de citer.

DE L'INCLINAISON ET DE L'OBLIQUITÉ DE LA MATRICE.

Puisque l'organe gestateur conserve rarement sa position verticale dans l'état de vacuité, on conçoit encore plus facilement que son axe puisse dévier à chaque instant, lorsque la grossesse est assez avancée pour que le corps du viscère s'élève au-dessus du détroit supérieur. Quand l'inclinaison est légère, il n'en résulte aucun inconvénient; mais si le fond de l'utérus cesse d'être mobile et reste constamment penché d'un côté ou de l'autre,

l'obliquité utérine constitue une véritable maladie qui peut donner lieu à des accidents fâcheux.

Les écrits du père de la médecine contiennent plusieurs passages qui prouvent que les inclinaisons de la matrice avaient également fixé son attention. En effet l'inclinaison latérale ou latéroversion nous semble clairement indiquée lorsqu'il dit, dans son livre intitulé, Περὶ γυναικείης φύσιος (de naturâ mulier.) : *Si l'utérus se porte vers la région iliaque, le ventre et les flancs sont douloureux, et si l'on touche, le doigt rencontre le col de la matrice incliné vers l'une des régions iliaques.* *Aétius* (1) parle également de l'inclinaison de la matrice, et en exposant la doctrine *d'Aspasie* sur ce sujet, il ajoute que cette déviation peut apporter des obstacles à l'accouchement, *potest et difficultas pariendi contingere, ob cervicis uteri obliquitatem.* Cependant l'obliquité de la matrice ne commença à fixer l'attention des praticiens que lorsque *Henri Deventer* (2), célèbre accoucheur de Groningue eut prouvé que cette affection était une des premières causes des accouchements difficiles et eut indiqué la manœuvre que demandent les cas de ce genre.

Lorsque l'inclinaison s'est opérée en avant ou

(1) Tetrab. IV, Serm. IV. cap. 77.

(2) Novum lumen obstetricantium, 1701, et ulterius : examen partuum. difficil. 1725.

en arrière, elle n'est autre chose que le premier degré de l'antéversion et de la rétroversion ; quand elle a lieu sur les côtés, elle prend le nom de *latero-version*, et alors le col de l'utérus, qui est plus élevé que dans l'état normal, incline son orifice vers l'une des parois latérales du vagin, et les malades éprouvent à divers degrés les accidents qui résultent de l'antéversion.

Les inclinaisons qui ont lieu pendant la grossesse ont reçu de *Deventer* et ont conservé depuis lui, le nom *d'obliquité* de la matrice. Comme elles ne peuvent avoir lieu que sur les côtés et en avant, on les distingue en obliquité latérale droite, latérale gauche et antérieure ; l'obliquité postérieure, quoi qu'en ait dit *Levret*, ne peut s'effectuer, parce que, à moins d'un vice de conformation de la colonne rachidienne, l'angle sacro-vertébral doit nécessairement s'y opposer.

Les obliquités se reconnaissent à la saillie et à la résistance du fond de l'utérus contre les parois abdominales ; dans celle qui a lieu en avant, l'extrémité supérieure de l'organe gestateur est dirigée antérieurement et le col vers le sacrum. L'inclinaison est d'autant plus considérable qu'il y a eu un plus grand nombre de grossesses antécédentes : aussi la voit-on toujours augmenter chaque fois que l'état de gestation se renouvelle.

Chez quelques femmes l'obliquité antérieure est

si prononcée que le ventre retombe sur les parties externes de la génération et quelquefois même sur les cuisses, jusqu'au niveau des genoux.

Dans les obliquités latérales, le fond forme une proéminence vers un des côtés de l'abdomen, tandis que le col utérin est incliné du côté opposé. L'inclinaison antérieure est la plus fréquente ; elle peut dépendre du relâchement des parois abdominales, d'une conformation vicieuse de la colonne rachidienne, de l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin ou de toute autre cause qui force la matrice à s'incliner en avant.

L'obliquité latérale droite est également assez fréquente, tandis que celle du côté gauche est très rare, parce que le rectum et la courbure du colon qui sont souvent distendus par des matières fécales, empêchent que l'utérus ne s'incline dans ce sens. Outre la direction vicieuse du bassin, on a encore assigné aux obliquités latérales une foule d'autres causes, telles que la brièveté de l'un des ligaments utérin, le relâchement d'un côté et la constriction de l'autre résultant d'une inflammation ou d'un état spasmodique, l'habitude de se coucher toujours du même côté, surtout du côté droit, enfin la présence d'une tumeur considérable dans l'abdomen ou dans l'un des ovaires. *Levret* et la plupart des accoucheurs ont supposé que l'obliquité de la matrice dépendait de l'attache

du placenta sur un des points de ce viscère qui était entraîné du côté où avait lieu l'insertion. Si l'obliquité dépendait de cette dernière cause, le placenta s'insérerait plus souvent à droite qu'à gauche, et son insertion antérieure serait beaucoup plus fréquente que la postérieure, ce qui n'est pas, quoique l'obliquité latérale droite ait lieu 99 fois sur 100, et que l'inclinaison postérieure soit regardée comme à peu près impossible, lorsque le bassin et la base de la colonne vertébrale ne sont pas le siége d'un vice de conformation.

Si les inclinaisons utérines, qui ont lieu pendant la vacuité, méritent peu de fixer l'attention des praticiens, il n'en est pas de même pendant l'état de gestation. Selon *Deventer* elles doivent être rangées parmi les causes les plus fréquentes des accouchements difficiles : quoique cette assertion soit un peu exagérée, il est facile de comprendre comment les obliquités peuvent souvent apporter un grand obstacle à la prompte terminaison de la parturition, si l'on réfléchit que lorsque l'orifice de l'utérus se trouve appliqué contre les parois du bassin, les forces expulsives n'agissent pas dans la direction du canal vulvo-utérin, et que dans ce cas la dilatation du col ne peut se faire que difficilement et avec lenteur. Quand le bassin est large, il arrive souvent que la tête, en descendant, entraîne au devant d'elle le corps de

la matrice qui vient se présenter à la vulve, tandis que le museau de tanche est fortement porté en arrière; lorsque, au contraire, le bassin est étroit, l'utérus n'est pas entraîné par la tête, mais les efforts qui tendent à faire avancer cette dernière, qui alors est comme coiffée par une des parois du viscère, peuvent donner naissance à des contusions, à des distensions, et exposer l'organe gestateur à s'enflammer et même à se rompre, si l'on ne remédie pas promptement à son obliquité.

Les inclinaisons utérines qui ont lieu hors de l'état de grossesse n'exigent aucun traitement spécial, car on fait disparaître en partie les incommodités qui résultent d'une obliquité extrême, en soutenant l'abdomen au moyen d'un suspensoir; sans cette précaution la femme éprouverait, surtout vers les derniers temps de la gestation, des douleurs vives vers les aines et les lombes, et une sorte d'engourdissement du côté correspondant à la déviation.

Pour éviter la stérilité qui peut être la conséquence d'une obliquité utérine, on devra, pendant les rapprochements sexuels, faire incliner la femme du côté opposé à l'inclinaison du col, et la même précaution sera prise au moment de l'accouchement; on tâchera de ramener le fond de la matrice au centre de la cavité abdominale en soutenant et en pressant légèrement ce viscère avec

une main placée sur l'abdomen; jusqu'à ce qu'on soit parvenu à ce résultat, on engagera la femme à modérer le plus possible toute espèce d'efforts expulsifs. Si ces moyens ne suffisaient pas pour replacer le col au milieu de la cavité pelvienne, on y parviendrait le plus souvent, en introduisant deux doigts dans l'orifice, que l'on devrait maintenir dans cette situation jusqu'à ce qu'il se fût dilaté et que la poche des eaux fût bien formée. On éviterait par cette manœuvre aussi simple que facile, bien des douleurs à la femme; et par la position favorable où l'on aurait placé le col de la matrice, on faciliterait la dilatation de ce dernier, et on abrégerait de beaucoup le travail. Dans la plupart des cas de ce genre, une saignée serait indiquée, principalement lorsqu'on aurait différé d'avoir recours à la manœuvre que nous venons de faire connaître.

DU RENVERSEMENT OU INVERSION DE LA MATRICE.

Le renversement de la matrice est une affection dans laquelle cet organe se retourne complètement ou en partie sur lui-même, à la manière d'un sac ou d'un doigt de gant, de telle sorte que sa face interne, devient externe *et vice versâ*.

L'inversion utérine, qui peut avoir lieu pendant l'état de vacuité ou au moment de la parturition,

présente plusieurs degrés depuis la plus légère dépression jusqu'au point où la totalité du corps, l'utérus retourné sur lui-même dépasse le museau de tanche et fait entre les cuisses une saillie plus ou moins considérable. *Daillez*, *Levret* et la plupart des auteurs n'ont admis que deux variétés de cette affection, qui sont : le renversement complet et le renversement incomplet. Le premier est celui dans lequel le fond de la matrice est descendu jusque vers l'orifice et se trouve même en partie dans le vagin ; le second ou *renversement complet*, indique que l'organe utérin est entièrement retourné sur lui-même dans la cavité du vagin ou hors de la vulve.

Leroux de Dijon a établi trois degrés d'inversion : 1° la simple dépression qui a lieu lorsque la matrice n'est qu'un peu déprimée en dedans, *comme le cul d'une fiole de verre*, selon l'expression de *Mauriceau* ; 2° le renversement incomplet ; 3° le renversement complet dont nous avons parlé plus haut, qui semble avoir été indiqué par *Hippocrate* lorsqu'il a dit : *Si pudendo exciderint uteri, dependent velut scrotum.*

Enfin, *Sauvages*, qui, ainsi que nous, classe le renversement de la matrice dans les lésions de situation, et qui en fait une espèce du genre *hysteroptosis*, le professeur *Delpech* (1), le Dr. *Ferrand*,

(1) Précis des Malad. réputées chirur. III, page 576.

dans son excellente thèse (1), Madame Boivin et M. Duges (2), reconnaissent à cette affection quatre degrés principaux, qui offrent des données distinctes, tant sous le rapport du diagnostic que sous celui du pronostic et du traitement. Ces quatre degrés peuvent rester stationnaires, de même qu'ils peuvent suivre une marche progressive et augmenter graduellement ou instantanément d'intensité. Dans le premier degré, il y a simple dépression du fond de l'utérus ; dans le deuxième, le fond retourné vient entr'ouvir le museau de tanche ; dans le troisième, l'organe renversé est logé dans le vagin, mais l'orifice vaginal de la matrice n'a pas participé à l'inversion ; enfin dans le quatrième degré, qui est le plus rare de tous, l'utérus totalement renversé, fait entre les cuisses une saillie plus ou moins considérable et présente une tumeur qui peut encore être augmentée par les ligaments utérins et par les portions d'intestins qui viennent se loger dans la cavité nouvelle produite par le déplacement de l'organe gestateur. Le mécanisme de l'inversion utérine est facile à comprendre : le fond de l'organe, qui est entraîné par une cause quelconque, se déprime d'abord en dedans, et devient convexe de concave qu'il était. La

(1) Du renversement de la matrice, dissert. inaug., Paris, 1828, n° 278.

(2) Traité prat. des Mal. de l'utérus. tome I, page 221, 1833.

dépression augmente insensiblement, et en passant plus ou moins vite par les différents degrés d'inversion, à mesure que la face interne de l'utérus s'abaisse et se renverse, elle entraîne avec elle les ligaments larges, les cordons suspubiens, les ovaires et les trompes qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, viennent occuper la place qui est restée libre dans le bassin. Comme dans les premiers instants qui suivent l'accouchement, l'utérus se trouve dans les conditions les plus favorables pour que l'inversion puisse s'effectuer, c'est à cette époque que le déplacement s'opère le plus fréquemment, parce qu'il ne peut avoir lieu qu'à la suite d'une distension des parois de la matrice, déterminée par le produit de la conception ou par la présence d'un polype, d'une môle, et par l'accumulation de sérosité ou de sang dans la cavité de cet organe.

Les causes les plus fréquentes de l'inversion de l'utérus après l'accouchement, sont : 1° les tentatives de délivrance exercées immédiatement après la sortie de l'enfant et avant que l'utérus soit revenu sur lui-même ; 2° les tractions trop fortes opérées sur le placenta encore adhérent au fond de la matrice, et la pression des intestins agissant en sens inverse sur la face externe et supérieure du corps du même organe ; 3° les efforts prolongés auxquels se livrent quelques femmes à l'ins-

tant même de l'expulsion du fœtus, dans l'intention d'obtenir une plus prompte délivrance ; 4° l'arrachement du placenta opéré spontanément, d'une manière violente, ce qui a lieu surtout lorsque les femmes accouchent debout, circonstance qui détermine souvent la sortie brusque et simultanée de tous les produits de la conception, principalement lorsque le cordon ombilical est très court ou se trouve contourné sur le cou ou sur toute autre partie du corps de l'enfant ; si dans ce cas le placenta était adhérent et ne se décolait pas, ou si le cordon ne se rompait pas de lui-même, l'inversion serait presque inévitable.

Le renversement de la matrice n'est pas toujours la suite d'une conduite peu rationnelle de l'accoucheur ou des circonstances fâcheuses dans lesquelles s'est trouvée la femme pendant la parturition. Il est quelques cas rares, à la vérité, qu'il est impossible de prévoir, où l'inversion utérine a lieu pour ainsi dire spontanément et sans qu'aucune puissance extérieure ait exercé des tractions sur la face interne des parois de l'organe.

Les femmes qui sont les plus exposées à ces sortes de renversements qu'on peut appeler *spontanés* sont celles dont la matrice est distendue par une grande quantité d'eau, au dernier moment du travail, celles qui accouchent presque sans douleur et d'un seul effort, celles dont l'enfant

et le placenta sont plus volumineux que de coutume, enfin celles qui sont épuisées par de longues souffrances. Toutes ces circonstances, qui peuvent être des causes occasionnelles de l'inertie de la matrice, et qui exposent les femmes à des hémorrhagies après l'accouchement, sont également autant de causes prédisposantes de l'affection qui nous occupe ; on peut encore ajouter aux circonstances qui disposent la matrice à se renverser, la production déjà effectuée de l'inversion dans une couche précédente, quoiqu'on y ait promptement remédié, un état habituel de prolapsus du vagin et de l'utérus, et une certaine laxité de ces organes attribuée aux personnes d'un tempérament lymphatique. Il arrive, dans quelques cas de ce genre, que la mollesse et la flaccidité de l'utérus sont telles, que même après la délivrance méthodiquement opérée, la seule pression des intestins sur le fond de cet organe détermine une inversion, sans qu'il ait été exercé aucune traction sur le cordon. On concevra facilement la possibilité d'un renversement produit par la pression des intestins sur les parois de l'utérus, si l'on réfléchit que l'impulsion a pu être brusque et violente comme celle qui résulte des contractions du diaphragme et des muscles abdominaux, pendant les efforts de la toux, de l'éternuement, du vomissement ou un mouvement inconsidéré de la femme.

Quoique l'inversion de la matrice ne semble en quelque sorte possible qu'immédiatement après la sortie du fœtus, c'est-à-dire à l'époque où le viscère a le plus de développement et de flexibilité, *Ané* et *Baudelocque* (1) attestent l'avoir vu paraître au troisième jour, et *Leblanc* (2) le dixième jour après l'accouchement. Le professeur *Désormeaux* (3) dit avoir été consulté pour une femme chez qui il existait un renversement incomplet qui n'avait été signalé que vingt et un jour après la parturition.

Nous pensons que les renversements complets, qui se manifestent si tard, existaient déjà d'une manière incomplète et qu'ils ont presque toujours commencé immédiatement après la délivrance; s'il n'en a pas été ainsi, la matrice était sans doute restée distendue par de gros caillots de sang, et avait conservé le même volume et la même mollesse qu'après l'expulsion brusque du produit de la conception.

Comme la dilatation préalable et le ramollissement des parois de la matrice sont des premières conditions pour que l'inversion puisse s'effectuer, il est facile de concevoir que l'accouchement n'est pas la seule cause qui dispose cet organe à se

(1) Dissert. inaug., du docteur *Daillez*, 1803.
(2) *Sabatier*, Mémoire sur les déplacements de l'utérus.
(3) Dictionnaire de Méd. en 21 vol., tome XVIII, page 227.

renverser; en effet, l'inversion peut avoir lieu non-seulement à une époque très éloignée de l'expulsion du fœtus, mais même chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfants. Ainsi on a vu le renversement de la matrice être produit par la sortie instantanée d'un polype volumineux, ou par les tiraillements exercés sur cette tumeur dont le pédicule implanté au fond de l'utérus entraîne avec lui, en descendant dans le vagin, la partie de l'organe gestateur à laquelle il est fixé. *Goullard* (1), *Cullerier* (2), *Denman* (3), rapportent des cas d'inversion utérine produite par cette cause.

Cette affection peut encore avoir lieu à la suite d'une distension de la matrice, causée par une hydropisie ou du sang accumulé dans cet organe (4) dont les parois relâchées, amincies et affaiblies cèdent facilement à l'impulsion des intestins et aux contractions des muscles abdominaux, aussitôt que les corps étrangers qui les soutenaient se sont échappés brusquement de la cavité utérine. Tous ces cas peuvent jusqu'à un certain point être comparés à ceux qui ont lieu à l'époque de la déli-

(1) Mémoires de l'Acad. des sciences, 1732, et mém. de l'Acad. de chirurg., t. III, p. 377.

(2) *Nauche*, Maladies des femmes, t. I, page 133.

(3) Plates of a polypus with an inversion of the uterus. 1801.

(4) *Leblanc* d'Orléans; mém. de l'Acad. de chirurg. t. III, page 379.

vrance; car les parois de la matrice se trouvant à peu près dans les mêmes conditions que pendant la grossesse, sont par cela même disposées à céder à la plus légère impulsion et au plus petit effort. Toutefois *Puzzos* qui, ainsi que *Vigaroux*, regardait l'embonpoint excessif comme pouvant déterminer le renversement de la matrice, a lu à l'Académie de chirurgie un mémoire dont il ne nous est resté qu'un extrait (1), dans lequel il rapporte plusieurs cas d'inversion observés par lui-même sur des femmes qui n'avaient jamais eu d'enfants ou qui n'avaient ressenti aucune incommodité depuis quinze ou vingt ans, époque de leur dernier accouchement. Malgré l'autorité des deux grands praticiens que nous venons de citer, nous pensons avec *Gardien* et *Désormeaux*, qu'on ne peut admettre avec *Puzzos* que les cas de renversement qu'il a fait connaître aient eu pour cause unique l'embonpoint excessif et le poids des intestins sur le fond de l'utérus se trouvant depuis long-temps dans l'état de vacuité. *Boyer* (2) cite un cas semblable observé chez une femme qui n'était pas accouchée depuis quinze ans, et dont bien certainement la matrice ne contenait pas de corps étrangers. Comme dans ce cas l'inversion n'était pas complète, et qu'il est probable qu'il en

(1) Inséré dans le Mercure de France, année 1744.
(2) Traité des maladies chirurgicales.

était de même des observations faites par *Puzzos*, nous pensons que l'affection était très ancienne et était restée ignorée pendant de longues années, parce que le fond de l'utérus étant à peine déprimé, particulièrement lors du dernier accouchement, la santé des femmes n'en avait été que très peu dérangée jusqu'à ce que le renversement qui s'était effectué d'une manière lente et graduée, fût parvenu à un degré plus complet de développement : ce qui tendrait d'ailleurs à militer en faveur de cette hypothèse, c'est que les annales de la science possèdent plusieurs observations qui prouvent que des femmes ont porté pendant de longues années des inversions utérines, même complètes, sans en être très-incommodées. Ainsi *Delamotte* (1), dit avoir connu une femme qui était affectée d'un renversement complet depuis trente ans ; *Levret* (2) a trouvé sur une femme de soixante ans une tumeur énorme formée par l'utérus, le vagin retourné, les trompes, les ovaires et une portion du rectum, de la vessie et des intestins grêles. Le docteur *Daillez* (3) rapporte que *Baudelocque* a observé une inversion de la matrice sur une jeune fille de quinze ans, et il ajoute que ce déplacement ne pouvait

(1) *Delamotte*. (Observation 412).

(2) *Levret*. Observat. sur les polipes de la matrice, page 140.

(3) Précis des leçons de *Baudelocque* sur le renversement de la matrice. 1803.

pas être la suite d'un accouchement clandestin, puisque la membrane de l'hymen était encore intacte. Cette particularité paraissait si extraordinaire à *Baudelocque* qu'il la regardait comme étant le résultat d'un vice de conformation, parce qu'il ne pouvait se persuader, et en cela il avait raison, que l'organe gestateur pût se retourner sans avoir été préalablement distendu. Le baron *Dubois* a pensé que le célèbre accoucheur dont nous venons de parler, a été induit en erreur par un polype utérin. Nous qui ne croyons pas que *Baudelocque* ait pu faire une semblable méprise, quoique ce ne serait pas le premier exemple, nous trouvons qu'il est très-possible que le renversement qu'il a observé chez cette jeune fille encore vierge, ait pu s'effectuer à la suite d'une distension des parois de la matrice produite par une rétention des règles, ou l'accumulation de sérosités ou de quelque gaz qui se seraient échappés brusquement. Enfin nous pouvons encore ajouter à tous ces faits l'observation plus récente publiée par M. *Dugès* (1), qui nous fait connaître qu'une dame à qui il avait donné des soins conjointement avec MM. *Dubois* père et fils, portait depuis cinq ans un renversement de l'utérus, sans éprouver d'autres incommodités que quelques tiraillements vers les aines et les lombes, et des

(1) Traité des malad. de l'utérus, tom. I, page 245.

envies plus fréquentes d'uriner, qui cessaient toujours lorsqu'elle était couchée.

Avant de terminer ce que nous avions à dire sur les causes des inversions utérines, nous ajouterons que *Desault* et *Herbiniaux* ont proposé de produire momentanément ce genre de déplacement, en faisant des tractions sur un polype volumineux, dans le but de parvenir à lier ou à couper plus facilement le pédicule de cette tumeur; d'après *Désormeaux* (1), cette idée aurait été exécutée avec succès par ces deux habiles praticiens et par plusieurs autres opérateurs.

Les symptômes de l'affection qui nous occupe présentent des différences suivant le degré où elle se trouve, les circonstances dans lesquelles elle survient, et enfin suivant qu'elle s'est opérée tout-à-coup ou graduellement.

La simple dépression du fond de la matrice est ordinairement de peu de durée, c'est-à-dire qu'elle est bientôt suivie de la restitution de l'organe à son état naturel, ou du passage rapide à un autre degré de renversement. Cette légère inversion utérine, qui constitue le premier degré, se reconnaît soit aux tiraillements douloureux qu'accuse la femme lorsqu'on tire sur le cordon d'un placenta adhérent, soit à l'enfoncement en forme de *cul de bouteille* que

(1) Dictionnaire de médecine, tom. XVIII, art. renversement.

l'on sent à travers les parois abdominales en pratiquant le toucher hypogastrique; dans ce cas, il est de la plus haute importance, non-seulement de s'abstenir de toute traction sur le cordon ombilical, mais encore de recommander à la femme d'éviter toute espèce d'efforts, qui, sans avancer la délivrance, augmenteraient infailliblement l'inversion utérine. On doit alors chercher à décoller et à extraire le placenta, en introduisant une main dans la matrice, avec la précaution d'agir de la circonférence au centre et de rendre à cet organe sa forme régulière, en tenant son fond refoulé, pendant que de légères tractions faites sur le cordon avec la main restée libre achèveront la délivrance.

L'inversion au second degré présente des signes et des symptômes analogues à ceux fournis par le premier degré, et ils n'en diffèrent que parce qu'ils sont plus sensibles et les douleurs beaucoup plus vives. Lorsque le renversement aura persisté quelque temps après l'accouchement, le diagnostic deviendra fort obscur, parce que l'orifice de l'utérus entoure le sommet de la tumeur, ainsi que cela a lieu pour les polypes; quoique dans ce cas, le fond de ce viscère déprimé vienne souvent entr'ouvrir le museau de tanche, le doigt ne peut toucher qu'une concavité équivoque, autour de laquelle il n'est pas possible de pénétrer. Ce ne sera donc que la palpation suspubienne et le toucher par le rectum qui jetteront

quelque lumière. Dans le troisième degré d'inversion, le toucher rectal et hypogastrique fourniront des données beaucoup plus positives que dans le second degré; on pourra alors facilement reconnaître que l'utérus a abandonné sa situation habituelle, si surtout, comme on doit le faire toujours, on a eu la précaution de faire vider la vessie et mettre les muscles abdominaux dans le plus grand relâchement possible. La matrice se trouve alors logée dans le vagin, sous la forme d'une tumeur séparée, et comme étranglée par le museau de tanche, qui seul a échappé au renversement de l'organe. Les hémorrhagies continuelles qui épuisent la femme ont souvent fait soupçonner que la tumeur formée par l'inversion n'était autre chose qu'un polype adhérent au fond de l'utérus; on évitera facilement une semblable erreur si l'on se rappelle que le pédicule du polype est plus étroit et plus alongé que celui de la matrice renversée, qui offre une tumeur plus large en bas qu'en haut, plus ou moins réductible, et douée d'une très grande sensibilité; le polype, au contraire, est peu sensible au toucher et irréductible; il est vrai que dans l'un et l'autre cas, le museau de tanche forme une sorte d'anneau au pédicule de la tumeur, mais cet anneau est peu saillant dans le cas d'inversion utérine, et ne permet pas qu'un doigt et même une petite sonde pénètrent au-delà de trois ou quatre lignes dans le bourrelet qu'il forme; si le col embras-

sait le pédicule d'un polype, la sonde parviendrait sans peine à une très grande profondeur ; d'ailleurs, lorsque la tumeur est formée par un polype, on sent le plus souvent la matrice au-dessus du pubis, surtout si la femme est maigre, à moins que par sa pesanteur la tumeur polypeuse n'ait entraîné l'organe gestateur dans la concavité duquel son pédicule serait attaché. Enfin, pour éviter de confondre une inversion utérine avec un prolapsus qui présente aussi quelques symptômes communs, tels que des tiraillements dans les aines et les lombes, etc., on se rappellera que dans le prolapsus l'anneau formé par le col n'existe point comme dans le renversement de la matrice, et que si, dans ce dernier cas, la tumeur est également piriforme, le côté rétréci se trouve en haut et le plus large en bas, tandis que le contraire a lieu dans l'hystéroptose.

La matrice renversée au quatrième degré est beaucoup plus facile à reconnaître; la tumeur qui, le plus souvent, fait saillie hors de la vulve, est ordinairement plus volumineuse, quoique en partie réductible, et se trouve toujours arrosée par un sang noirâtre, surtout dans les premiers temps de l'inversion ; elle est aussi, dans ce cas, susceptible de diminuer et d'augmenter par intervalles, selon qu'elle contient des anses intestinales qui sont sujettes à se déplacer ; lorsqu'elle reste en partie dans le vagin, un doigt introduit entre les parois de ce canal et la

surface de l'utérus retourné, rencontre toujours un cul-de-sac situé à une hauteur variable et précédé d'une sorte d'anneau dessiné en relief au point le plus rétréci de la tumeur; enfin, par le toucher hypogastrique, on constate que l'utérus est tout-à-fait sorti de sa place ordinaire.

En général, lorsque le renversement commence à s'opérer, c'est-à-dire lorsqu'il est encore au premier et au second degrés, il s'annonce toujours par une hémorrhagie lorsqu'il a lieu après l'accouchement, et par une augmentation de la menstruation et d'un écoulement leucorrhéique, lorsqu'il se manifeste dans toute autre circonstance. A ces symptômes se joignent des douleurs vives et des tiraillements aux aines et aux reins, et un sentiment de pesanteur dans le bassin; les mêmes symptômes se produisent à un degré plus marqué dans les deux derniers, au point que l'hémorrhagie qui, surtout au troisième degré, est souvent le principal symptôme, devient si forte qu'elle est promptement mortelle; les douleurs déchirantes et accompagnées de syncopes et de convulsions qui diminuent ordinairement quand on repousse la matrice dans le vagin, augmentent quelquefois pendant les efforts de réduction; enfin, l'inflammation et la gangrène qui s'emparent souvent de la portion renversée de l'utérus sont surtout à craindre lorsque l'organe est pendant hors de la vulve.

Le renversement de la matrice est un accident

grave qui peut bientôt devenir mortel, si on apporte le moindre retard à y remédier, et le danger est d'autant plus grand que l'inversion a eu lieu à une époque plus rapprochée de l'accouchement. Si l'on a vu des femmes fournir une longue carrière, quoique affectées d'une inversion utérine même complète, et non réduite, le plus souvent le petit nombre de celles qui survivent traînent une pénible existence, et finissent par périr épuisées par des écoulements leucorrhéiques continuels et des hémorrhagies réitérées. La réduction de l'organe retourné, qui offre la seule chance de guérison à espérer, qui est en général assez facile à effectuer immédiatement après le renversement, devient de plus en plus difficile à mesure qu'on diffère, et souvent se trouve même tout à fait impossible à opérer. Cependant plusieurs exemples prouvent que la réduction a été faite avec succès après cinq jours, huit jours et même beaucoup plus tard. Le docteur *Daillez* rapporte dans sa dissertation, que le chirurgien *Labarre de Benzeville* avait effectué la réduction après huit mois, et *Baudelocque* après huit ans; *Gardien* dit, d'après ce dernier praticien, que chez la femme d'un vigneron de Ruel, la matrice a été réduite par *Ané*, le huitième jour après les couches. On a vu également le même organe renversé depuis long-temps, se réduire spontanément, à la suite d'une violente commotion imprimée par hasard au corps de la femme; d'après une lettre de *Leroux*

adressée à *Louis*, dont il est fait mention dans la thèse de M. *Dailliez*, la réduction spontanée de l'utérus aurait eu lieu deux mois après l'inversion.

Le traitement de l'inversion de la matrice présente, comme celui de tous les déplacements en général, deux indications principales, qui sont : de restituer l'organe dans son état normal, et d'éviter le plus possible la récidive de l'accident.

Tous les praticiens sont d'avis que le moment le plus favorable pour opérer la réduction est celui qui succède immédiatement au renversement, qui est toujours assez facile à réduire lorsqu'il est au premier degré et qu'il a eu lieu avant la délivrance; il suffit, dans ce cas, de porter deux doigts dans la cavité utérine en repoussant le placenta en haut, pour faire reprendre à la matrice sa forme et sa situation naturelles. Dans le cas, au contraire, où l'inversion incomplète aurait eu lieu après la délivrance, loin de chercher à pénétrer jusque sur la dépression du fond de la matrice, il faudrait se borner à exciter des contractions utérines, soit en titillant le museau de tanche et en appliquant des linges froids sur les cuisses et les parties génitales externes, soit en pratiquant des frictions stimulantes sur la région suspubienne et surtout sur le trajet des ligaments utérins. Si la délivrance n'étant pas effectuée, le placenta se trouvait encore adhérent au fond de la cavité utérine, et si l'hé-

morrhagie n'offrait aucun danger, on attendrait, pour le détacher et en faire l'extraction, que les contractions de la matrice aient recommencé à se manifester; cependant si le renversement était complet ou presque complet, et si surtout l'écoulement du sang était abondant, contrairement à l'opinion du docteur *Ferrand* et de la plupart des praticiens, nous n'hésiterions pas avant de tenter la réduction qui serait beaucoup plus facile lorsque l'utérus serait vide, nous n'hésiterions pas, disons-nous, à extraire le plus tôt possible le délivre, après l'avoir décollé avec la main, en agissant de la circonférence au centre, pour éviter les tiraillements sur le fond de l'organe gestateur. Dans ce cas il est important d'agir sans différer, parce que le placenta, qui n'est le plus souvent adhérent que dans quelques points de la cavité utérine, entretient plutôt l'hémorrhagie qu'il ne s'y oppose, comme on le croit généralement. Lorsque le renversement aura lieu après la sortie du placenta ou à la suite de l'expulsion d'un corps étranger, on devra au plus tôt, pour profiter de ce moment où la matrice est dans le plus grand relâchement possible, introduire dans cet organe la main droite préalablement enduite d'un corps gras, et après avoir placé la gauche sur la région suspubienne, afin d'en faire un point d'appui à l'organe gestateur, on repoussera la portion des parois internes renversée avec la main

restée dans la cavité utérine, qu'on aura le soin d'y maintenir après la réduction, jusqu'à ce que l'organe soit revenu sur lui-même, au moyen des frictions pratiquées avec la main gauche, sur les parois de la région hypogastrique. On engagera la malade à éviter toute espèce d'efforts expulsifs, à ne faire que de petits mouvements respiratoires, à modérer ses cris, à conserver la position horizontale et un repos parfait du corps et un grand calme d'esprit; après avoir continué pendant quelque temps les frictions, on maintiendra l'utérus au moyen d'une serviette pliée en plusieurs doubles et fixée avec un bandage de corps.

Il faudra à peu près suivre la même marche dans le cas de renversement complet qui aurait lieu immédiatement après l'expulsion du fœtus et de son enveloppe. La réduction s'opérera alors en plaçant la malade sur son lit, la poitrine plus basse que le bassin, et les cuisses relevées et fléchies; saisissant ensuite avec la main droite les parties les plus voisines du pédicule, c'est-à-dire celles qui sont les plus élevées et qui, par conséquent, se sont renversées les dernières, on les refoulera en les faisant rentrer les premières, puis successivement on repoussera le fond de la tumeur par les parties latérales qui devront repasser peu à peu par l'orifice utérin, en imitant ainsi la manœuvre de la réduction des hernies étranglées. On

a conseillé également un autre procédé de réduction qui est moins rationnel et surtout moins efficace ; il consiste à déprimer avec la main le fond de l'utérus et à le repousser dans le globe même que forme cet organe, en avançant de cette manière jusqu'à ce que la partie refoulée, c'est-à-dire la base de la tumeur, ait franchi l'anneau formé par le museau de tanche. Si les parties étaient molles et dilatables vers le pédicule, ce procédé pourrait opérer la réduction, mais, dans le cas contraire, ce qui a toujours lieu quand le renversement n'est pas très récent, on ne ferait qu'aplatir le fond de la matrice, sans vaincre l'étranglement que forme l'orifice de cet organe. On pourrait du reste suivre un procédé mixte, c'est-à-dire faire rentrer d'abord les parties les plus voisines du pédicule, puis lorsque le fond resterait seul renversé, on le repousserait en totalité avec le bout des doigts. Avec le seul secours de ces moyens, on n'aura jamais besoin de repoussoirs mécaniques, et il sera toujours inutile de déployer une grande force, et surtout de prendre un point d'appui contre un mur, ainsi que le fit un chirurgien anglais (1). Lorsqu'on aura obtenu la réduction, on laissera une main dans la cavité de l'utérus jusqu'à ce que cet organe soit revenu sur lui-même, puis on se conduira

(1) Biblioth. médicale, tom. XLVII, page 271.

ensuite comme nous l'avons indiqué en parlant de la réduction d'un renversement incomplet.

Si la présence de la main dans la matrice et les titillations de l'orifice conjointement à des frictions pratiquées sur la région hypogastrique, ne parvenaient pas à déterminer des contractions et à ramener l'organe gestateur sur lui-même, au lieu d'injecter des astringents et des spiritueux, comme le conseillent plusieurs auteurs, entr'autres *Gardien*, nous pensons que l'on devrait prescrire quelques grains de seigle ergoté qui aurait le double avantage de susciter des contractions et de faire cesser en partie l'écoulement sanguin qui est un des plus fâcheux accidents qui accompagne ordinairement l'inversion utérine. Ce moyen, qui n'a jamais été employé dans cette circonstance, nous semble devoir bien remplir la double indication et ne présenter aucun inconvénient s'il était administré par des mains habiles. En général on a peu à craindre la récidive, cependant on a vu la matrice se renverser de nouveau, même plusieurs jours après la réduction; pour éviter un semblable accident, il faudra apporter la plus grande attention à l'état de l'organe, et recommander à la malade de garder le repos absolu et le décubitus dorsal pendant plusieurs semaines et d'éviter avec le plus grand soin toute espèce d'efforts qui pourraient agir d'une manière fâcheuse sur l'utérus.

Si le renversement était ancien, et si par suite du

contact de l'air ou par l'effet d'un étranglement ou de tentatives infructueuses et de violences exercées pour obtenir la réduction, on trouvait les parties enflammées et tuméfiées, ou si le col utérin était spasmodiquement resserré, il faudrait, à l'exemple de *Lauverjat*, de *Hoin*, de *Choppart* et de plusieurs autres praticiens, combattre d'abord tous ces accidents au moyen des antiphlogistiques, tels que la saignée, les bains, les fomentations émollientes, les opiacés, etc. On pourrait également, dans le but de diminuer la constriction spasmodique du col et faciliter son ampliation, faire à diverses reprises, sur la tumeur, et surtout sur l'anneau qui en étrangle le pédicule, des onctions avec une pommade liquide composée dans les proportions suivantes :

R. beurre de cacao huile d'olive	} de chaque 1/2 once.
extrait de belladone	8 grains.

Mêlez exactement.

Dans le cas où le volume de la tumeur se trouverait augmenté par des anses intestinales, on refoulerait ces dernières dans l'abdomen, au moyen d'une compression méthodique exercée de bas en haut et obliquement d'avant en arrière. Si la matrice n'était que peu enflammée quoique étant le siége d'un engorgement, on pourrait, d'après le conseil de *Desault* (1), de Madame *Boivin* et M. le professeur

(1) Dict. de méd., t. XVIII, page. 276.

Dugès (1), chercher à diminuer surtout le volume des parties les plus basses, au moyen d'une compression soutenue et faite avec un petit bandage ; dans le cas où la tumeur ne ferait pas une saillie hors du vagin, on pourrait se servir d'une pelote fixée sur la cuvette d'un pessaire à tige, en secondant encore l'effet de cette compression lente et continue, par des frictions stimulantes pratiquées sur le trajet des cordons suspubiens ; il serait possible que l'on parvînt à opérer une réduction graduelle, quand même une réduction instantanée n'aurait pu être obtenue ou se trouverait contre-indiquée.

Lorsqu'il aura été bien reconnu que toutes les tentatives de réduction seraient infructueuses et ne pourraient qu'être nuisibles à la malade en aggravant tous les symptômes, l'art n'a pas même des moyens propres à pallier les fâcheux effets de la maladie. Ainsi, pour combattre les hémorrhagies, on a employé toutes les substances astringentes, le tamponnement permanent, les éponges et une foule d'autres moyens toujours peu efficaces dans ces cas malheureux : on doit alors se borner à tâcher de reporter la matrice dans le vagin, et à la maintenir dans ce canal au moyen d'un pessaire, afin de la soustraire soit aux effets de l'espèce d'étranglement qu'elle éprouve lorsqu'elle pend au-delà de la vulve, soit à ceux qui résultent de

(1) Malad. de l'utérus. tom. I., page 238.

l'action de l'air, du frottement et du contact de l'urine.

Il arrive quelquefois que l'inflammation de l'utérus renversé complètement se calme, et que cet organe reste irréductible sans que la femme en soit trop incommodée. *Millot* (1), dans le but de débarrasser les malades de leur infirmité, propose pour obtenir la réduction dans un cas semblable, de faire une incision au col de l'utérus afin d'en obtenir le débridement, et conseille de se servir pour cette opération du lithotôme caché du frère *Côme*. Ce moyen, qu'il ne faut pas rejeter lorsque tous les autres ont été infructueux, nous semble devoir être beaucoup plus efficace et surtout plus sûr, si, au lieu d'une simple incision, qui pour devenir utile devrait être prolongée au point d'offrir de grands dangers, on faisait un débridement multiple du col par quatre petites incisions obliques du centre à la circonférence, soit avec un bistouri boutonné, soit et encore mieux, au moyen d'une petite sonde à lame cachée et boutonnée que nous avons inventée pour opérer les fistules à l'anus et débrider les hernies étranglées. Lors même que ces quatre incisions ne seraient que d'une demi ligne chacune, il en résulterait une plus grande dilatation qu'avec une seule incision de quatre à cinq lignes, parce que dans ce dernier cas le débridement n'aurait

(1) Supplément à tous les traités sur les accouchements. 1773.

lieu que sur un point de l'anneau formé par le col utérin, tandis que par les incisions multiples, la circonférence du museau de tanche se trouverait dilatée dans tous les sens. D'après ces données purement géométriques, il est facile de comprendre que les incisions multiples qui n'auraient pas besoin d'être prolongées, exposeraient moins aux déchirures déterminées par le refoulement du fond de la matrice, à travers le museau de tanche, sur lequel une seule incision de plusieurs lignes serait toujours dangereuse et insuffisante (1).

Lorsque la réduction n'a pu être obtenue, il arrive quelquefois que la maladie se termine par la gangrène ; on devra alors favoriser par la suppuration la chute des escarrhes et tâcher de calmer les accidents au moyen de boissons toniques et avec des injections et des fomentations avec le quinquina, le camphre, le chlorure de sodium, etc. Mais si les symptômes étaient tels que la femme se trouvât exposée à une mort certaine, on devrait recourir à l'extirpation de la matrice, soit par la ligature, soit par l'amputation. Des faits nombreux prouvent que cette dernière planche de salut a été suivie de la guérison des malades ;

(1) Dans notre mémoire sur *la cystotomie sous-pubienne quadrilatèrale* publié en 1831, nous avons développé longuement les avantages des débridements multiples lorsqu'on veut obtenir une grande ouverture sans avoir besoin de prolonger les incisions.

Carpie, MM. *Oriader* (1) *et Wrisberg* (2), ont rapporté des exemples d'extirpations de l'utérus complètement renversé auxquelles les femmes ont survécu; la ligature qui dans ces sortes de cas a été employée plus souvent, compte aussi plusieurs succès; *Rousset* (3) en a publié deux, *Faivre* (4), *Bouchet* le père, de Lyon (5), *Newnham* (6), *Grandville et Gooch* (7), *Windsor* (8), *Johnson* (9), *Chevalier* (10) *et quelques autres* ont également rapporté des faits du même genre dont l'authenticité ne peut être revoquée en doute.

A tous ces cas de succès on peut opposer il est vrai un grand nombre d'autres faits constatant que l'excision méthodique de l'utérus a été suivie de la mort. Ainsi la malade opérée par *Deleurye* (11), succomba au bout de quelques jours; dans un autre cas la liga-

(1) Neve denkwürdigkeiten. B. I. p. 312.

(2) De uteri resectione, etc. Gott. 1787.

(3) Traité de l'op. césarienne, page 354.

(4) Journal de médecine. août 1786.

(5) Collect. de la société médec. de Lyon. t. I.

(6) On the symptoms, etc., with an history of the successful extirp. of the uterus, page 82. et journ. univer. sc. méd., septembre 1818.

(7) The London, med. and. surg. journal, 1828.

(8) Med. chirurg. trans. t. X, page 361.

(9) Dublin Hospital report, t. III.

(10) Traité des malad. de l'utérus, par madame *Boivin* et M. *Dugès*. t. I, page. 240.

(11) Précis des leçons de *Baudelocque* sur le renvers. de la matrice, par *Dailiez*, pag. 104.

ture appliquée sur le pédicule d'une matrice renversée et prise pour un polype, amena la mort au bout de dix-sept jours, et l'autopsie vint confirmer le diagnostic que *Goulard* avait porté avant l'opération. Dans des circonstances analogues, *Baudelocque* et *Desault* ne furent pas plus heureux; enfin la ligature de l'utérus renversé et supposé être un polype, a été encore dans deux autres cas suivie de mort, une fois sur une malade du docteur *Rey*, opérée à Lyon en présence de *Marc-Antoine Petit*, et une autre fois à Paris où l'opération pratiquée par un jeune chirurgien est devenue mortelle après quelques jours, quoique d'abord elle n'ait pas été suivie d'accidents aussi rapides et qu'il en soit résulté la gangrène et la chute de l'organe(1). M. le professeur *Dugès*(2) rapporte que sur une femme dont la perte était imminente, le baron *Dubois* essaya d'étrangler l'utérus par une ligature qui arrêta l'hémorrhagie, mais les symptômes graves forcèrent bientôt le célèbre professeur d'enlever le fil qui serrait le pédicule de la tumeur. Quoiqu'il en soit, la ligature simple comme l'ont employée les chirurgiens que nous venons de citer ou même la ligature double placée en traversant le pédicule avec une aiguille, comme *Baxter* (3) l'a fait, sont des res-

(1) *Boyer*, t. X. page 510.
(2) Traité des malad. de l'utérus, loco cit.
(3) Annales de la littérature méd. étrang., t. XV. page 578.

sources extrêmes qu'on devra toujours tenter lorsqu'il n'y aura aucune chance de sauver les jours de la femme.

Avant de terminer ce que nous avions à dire sur le traitement des renversements de la matrice, nous ajouterons que ceux qui seraient produits par le poids d'un polype ou qui auraient été déterminés dans le but de faciliter une opération, se réduisent presque toujours spontanément aussitôt que la cause efficiente de leur production a cessé d'exister.

DE L'ÉLÉVATION DE LA MATRICE.

Dans quelques cas rares, l'organe gestateur se trouve tellement élevé au-dessus de la cavité pelvienne, que le museau de tanche devient presque inaccessible au moyen du toucher vaginal, et que souvent il est impossible d'atteindre la face postérieure de l'utérus avec le doigt indicateur introduit dans le rectum.

L'ascension de la matrice qui est beaucoup plus rare dans l'état de vacuité, peut être déterminée par une foule de causes, entr'autres, un défaut de longueur et de largeur des ligaments utérins, un abcès développé dans ces ligaments, l'inflammation, l'engorgement et l'hydropisie des trompes et des ovaires, la grossesse extra-utérine, un premier degré d'antéversion et de rétroversion, enfin la dilatation

de la cavité de l'utérus par des hydatides ou tout autre corps étranger.

Le déplacement *en haut* de l'utérus, étant en quelque sorte un état normal pendant la grossesse depuis le quatrième mois jusqu'au huitième, ne mérite de fixer l'attention que parce qu'il est un signe important de plusieurs maladies; comme il n'occasionne en général par lui-même aucune incommodité, il ne doit causer des inquiétudes qu'en raison des causes qui l'ont déterminé, et il n'exige par conséquent d'autre traitement que celui des affections dont il est un symptôme. Du reste, lorsque cet état d'élévation de l'utérus est permanent comme celui qui résulte d'un défaut de longueur et de largeur des ligaments larges, il peut dans un grand nombre de cas être une cause de stérilité. On pourrait peut-être remédier à cet état, en cherchant à abaisser artificiellement la matrice en introduisant jusque sur son col, au moyen d'un spéculum, une petite ventouse à pompe, que l'on laisserait en place pendant quelques instants en renouvelant l'opération aussi souvent que possible sans fatiguer la femme. Enfin pour faciliter un peu le relâchement des ligaments utérins, et modifier leurs adhérences récentes et leurs rétractions, on devrait en même temps avoir recours à l'usage des bains généraux et des frictions avec l'onguent napolitain pratiquées à la dose d'un gros chaque fois sur les régions sus-pubiennes et latérales des parois abdominales.

DE LA FIXITÉ ANORMALE DE LA MATRICE.

Si la trop grande mobilité de l'utérus détermine une foule de déplacements capables de donner quelquefois naissance aux accidents les plus fâcheux, la fixité absolue de cet organe, outre l'obstacle permanent qu'elle eût apporté à la dilatation du rectum et de la vessie, serait devenue la source de plusieurs autres inconvénients encore plus graves, parce qu'ils auraient été beaucoup plus fréquents.

Parmi les causes de la fixité plus ou moins grande de la matrice, on range les adhérences déterminées par une péritonite ou par l'inflammation des autres organes qui avoisinent l'utérus et ses annexes, tels que le rectum et la vessie. La métrite et la métropéritonite (1), qui ont lieu souvent à la suite d'une couche laborieuse ou d'une menstruation difficile, donnent également naissance à des adhérences morbides, et à des ligaments anormaux, qui vont souvent s'attacher à l'utérus lui-même et aux parois du bassin, et qui peuvent rester méconnus jusqu'à une époque plus ou moins éloignée de leur formation.

(1) Le docteur *Veindmann* a publié en 1818 un mémoire (*casus rari*), dans lequel il a donné la description et le dessin d'une adhérence de l'épiploon avec la face antérieure de la matrice, qui probablement a été la conséquence d'une métropéritonite puerpérale. Pendant la grossesse suivante, la femme est morte dans le cinquième mois avec tous les symptômes d'un étranglement interne.

Les adhérences d'où résulte la fixité anormale de la matrice, n'ont été appréciées à leur juste valeur que depuis la publication des recherches de madame *Boivin* (1) sur une des causes les plus fréquentes de l'avortement. L'auteur de cet important travail dit, ainsi que M. *Dugès* (2), avoir remarqué que les femmes scrophuleuses et celles d'un tempérament lymphatique, qui sont plus sujettes à la constipation et à une certaine irrégularité des fonctions digestives, sont également plus ou moins exposées aux adhérences utérines, et par conséquent à la fixité anormale de l'organe gestateur. Il semblerait, d'après M. *Dugès*, que les petites filles qui se livrent avec excès à la masturbation seraient également plus exposées à la fixité de la matrice, parce que l'état d'excitation permanente de leurs organes génitaux, en irritant sympathiquement tout le péritoine, principalement vers les parties qui tapissent l'utérus, doit nécessairement faire contracter plus souvent des adhérences entre l'organe gestateur et la membrane péritonéale. Ces idées, qui, comme le dit, d'ailleurs, M. *Dugès*, ne sont encore que des conjectures, ont besoin, pour qu'on les admette, d'être confirmées par un certain nombre de faits bien observés.

L'immobilité anormale plus ou moins complète de

(1) Recherches sur les causes les plus fréquentes de l'avortement.

(2) Traité prat. des malad. de l'utérus, t. I. p. 176.

la matrice qui s'oppose à l'élévation de cet organe pendant la gestation, peut être prévue par le toucher vaginal et par des circonstances commémoratives. Le doigt, introduit dans le canal vulvo-utérin, trouve l'utérus solidement fixé vers le côté, et dans la direction qu'il a prise. Dans quelques cas, il semble retenu de toutes parts, et dans d'autres, par un seul point de sa circonférence.

Lorsque la matrice s'élève plus haut d'un côté que de l'autre, c'est qu'un des cordons sus-pubiens est engorgé et raccourci, d'où il résulte, comme madame *Boivin* en a cité des exemples, que, dans le cas de grossesse, l'avortement est presque toujours inévitable vers le sixième ou le septième mois.

Les circonstances commémoratives qui peuvent également aider à établir le diagnostic, sont certaines maladies, telles que des inflammations de la matrice et du péritoine, les dysmenorrhées, les avortements, les accouchements laborieux, enfin, une foule de lésions physiques, entre autres, les plaies, les déchirures et les abcès sur l'utérus ou sur les parties qui l'avoisinent.

Quoique la stérilité qui résulte souvent des adhérences des trompes soit un effet fâcheux, la conception est, dans ce cas, beaucoup plus fâcheuse, puisqu'elle peut déterminer des accidents les plus graves en produisant une nouvelle inflammation par suite des tractions qu'exerce sur les ligaments la matrice, qui tend con-

tinuellement à s'élever pendant la gestation. La femme éprouve alors des douleurs vives et des tiraillements dans le bassin, et un sentiment de lassitude dans les cuisses; souvent il se forme un abcès dans le vagin et le rectum, et, dans le plus grand nombre de cas, la mort, devenue inévitable, se trouve ordinairement précédée de l'avortement, qui a lieu du troisième au cinquième mois, à la suite d'une vive inflammation utérine et d'une abondante hémorrhagie.

Si les adhérences anormales peuvent lier l'utérus pendant qu'il a ses dimensions et sa situation naturelles, les mêmes causes accidentelles peuvent avoir lieu lorsque cet organe est très élevé dans l'abdomen, et se trouve distendu par les produits de la conception. Quelquefois l'épiploon, fortement refoulé vers l'épigastre, s'enflamme sur un des points qui est en rapport avec la matrice, et contracte alors facilement des adhérences avec cet organe. Cette soudure pathologique ne présente, en général, aucun inconvénient, et ne s'annonce par aucun symptôme fâcheux pendant tout le temps de la gestation (1); mais il n'en

(1) Cependant *Baudelocque* a vu périr avant l'accouchement et dans la première période du travail, une femme dont l'épiploon roulé sous la forme de corde adhérait à la partie antérieure et latérale droite de la matrice, de sorte que l'estomac et l'arc du colon en étaient singulièrement tiraillés. Des vomissements, la diarrhée et des syncopes avaient précédé cette terminaison funeste, (*traité des maladies de l'utérus par madame Boivin et M. Dugès*).

est pas de même lorsque l'organe gestateur, débarrassé du fœtus et de ses enveloppes, prend rapidement la route inverse qu'il a suivie durant la grossesse; c'est-à-dire quand, de la région épigastrique, il redescend derrière la symphise pubienne. Alors l'épiploon, qui est trop court, à cause de l'état accidentel de roulement sur lui-même qu'il a contracté, se trouve très fortement et très douloureusement tendu, à moins que les adhérences et les brides anormales qui le fixent à l'utérus, ne soient assez faibles pour céder en se rompant. Cette tension péritonéale et ce mouvement de rétraction de la matrice retenue au-dessus du bassin, se traduisent et se reconnaissent par les symptômes suivants : l'intestin colon et l'estomac sont péniblement tiraillés ; l'irritation dont ils sont le siége, est partagée par le péritoine qui s'enflamme à la suite des déchirures partielles qui ont lieu sur quelques points de son étendue, il survient alors des vomissements, la diarrhée, des syncopes, etc. Enfin si les adhérences ne cèdent pas, ces accidents sont suivis presque toujours par une hémorrhagie mortelle, qui ne se manifeste que parce que le retour de l'utérus ne s'étant pas effectué, les sinus de cet organe ne peuvent se resserrer, et leurs orifices restant constamment ouverts, fournissent une large issue à l'écoulement du sang. On pourra trouver des exemples de ce genre dans l'excellent ouvrage de Madame *Lachapelle* (1),

(1) Pratique des accouchements, ou mém. et observ. t. II, p. 376.

Frédéric Ruisch (1), ainsi que l'illustre *Morgagni* (2), ont fait connaître des cas semblables qui ont été moins fâcheux, car il en est seulement résulté des tiraillements d'estomac et quelques dérangements dans la santé.

Malheureusement lorsqu'on a reconnu l'existence des adhérences qui ont déterminé la fixité anormale de la matrice, le médecin est le plus souvent forcé d'être le triste spectateur des accidents qui en résultent. La seule ressource qu'on a dans ces cas malheureux se borne à tâcher de prévenir la formation des soudures anormales et des ligaments accidentels qui fixent l'utérus. Pour parvenir à cet heureux résultat, on devrait joindre à l'emploi des antiphlogistiques appropriés, l'usage des frictions mercurielles sur les parois abdominales ; lorsqu'on serait parvenu à combattre l'inflammation qui a produit les adhérences utérines, il est probable qu'on obtiendrait la résolution de celles qui ne sont pas encore bien consolidées et qu'on arrêterait en même temps l'action pathologique sous l'influence de laquelle on les voit se produire. Dans leur traité sur les maladies de l'utérus, Madame *Boivin* et M. *Dugès*, ont publié un cas d'adhérence des annexes de la matrice, avec des symptômes de phlegmasie chronique, qui a été guéri

(1) Observat. anatomico-chirurg. centur. p. 59 et 78.
(2) Epistolæ anatomicæ, 46, art. 46.

par un traitement mercuriel. L'onguent napolitain fut employé en frictions sur les cuisses et les régions latérales de l'abdomen, à la dose d'un gros chaque fois. Après un mois de traitement, tous les accidents disparurent sans que la salivation se fût jamais manifestée. Six mois après, cette femme était presque méconnaissable tant étaient sensibles les changements qui s'étaient opérés en elle. Les mêmes auteurs ont fait précéder cette observation de quatre cas de fixité de la matrice chez les femmes enceintes qui ont toujours déterminé l'avortement et la mort entre le troisième et le cinquième mois de la grossesse.

DE L'HYSTÉROCÈLE OU HERNIE DE LA MATRICE.

Quoique les hernies de l'organe gestateur soient très-rares, les annales de la science possèdent un assez grand nombre de faits authentiques pour qu'il ne reste aucun doute sur leur possibilité, non-seulement pendant l'état de vacuité, mais encore pendant l'état de la grossesse.

Quoique la matrice ne s'élève pas ordinairement au-dessus du détroit supérieur hors le temps de la gestation, l'hystérocèle a été observée sur des femmes non enceintes dont nous parlerons bientôt, par *Choppart* (1), le professeur *Lallement* (2) et le docteur *Murat* (3).

(1) *Boyer*. Maladies chirurgicales, tome VIII. page 381.
(2) Mémoires de la société médicale d'Emulation 3e année, page 323.
(3) Dictionnaire de méd., en 21 vol. t. II, page 162.

Les caractères principaux qui distinguent l'hystérocèle pendant la vacuité de l'utérus sont les suivants: la tumeur est dure, peu réductible et souvent indolente ; sa forme est arrondie, son pédicule est épais, le vagin est tendu et recourbé obliquement de bas en haut dans la direction de l'une des aines. Le museau de tanche ordinairement très-élevé, est tourné vers le sacrum ou disparaît souvent tout à fait en se logeant au milieu de la tumeur herniaire. La réduction qui devra être tentée le plus tôt possible et avec tous les ménagements convenables, ne pourra être obtenue que lorsque l'hystérocèle sera récente, peu volumineuse et sans adhérence. Lorsque on sera parvenu à faire rentrer la tumeur on s'opposera à la récidive au moyen d'une large pelote soutenue par un bandage.

Si la hernie utérine qui a lieu pendant la vacuité peut être confondue avec celle des autres viscères contenus dans le bas ventre, il n'en est pas de même de l'hystérocèle qui se manifeste pendant la gestation.

En effet, le volume de la tumeur qui dans ce dernier cas devient tous les jours plus considérable, la fluctuation sourde qu'elle présente, les mouvements du fœtus que l'on perçoit facilement à travers les téguments, enfin les bruits des battements de son cœur obtenus par l'application du stétoscope, sont autant de signes qui servent à établir un diagnostic certain et à lever tous les doutes qui pourraient rester sur la nature de la hernie.

On distingue trois sortes d'hystérocèles qui sont : 1° *l'inguinale*, qui n'a jamais été observée que pendant la vacuité, 2° la *crurale* qui peut s'effectuer dans cet état, mais qui a le plus souvent lieu pendant la grossesse, 3° la *ventrale* qui ne peut s'opérer que lorsque la matrice est distendue par les produits de la conception.

D'après un fait publié par *Maret* (1), ancien secrétaire perpétuel de l'académie des sciences de Dijon, l'hystérocèle inguinale pourrait être congéniale. Chez le sujet dont parle ce savant observateur, l'utérus était hernié du côté droit, ce qui du reste a lieu le plus souvent dans les hernies utérines accidentelles par l'anneau inguinal, probablement parce que l'organe gestateur est naturellement un peu incliné du côté droit et que le cordon sus-pubien de ce même côté est ordinairement plus court et plus épais que que celui du côté gauche.

Les causes des hystérocèles pendant la grossesse, peuvent être attribuées à une faiblesse ou à un relâchement des ligaments de la matrice, à un coup violent et à une forte contusion des parois abdominales (2), à l'opération césarienne pratiquée lors de la précédente couche (3), enfin on doit encore re-

(1) Consultations médico-légales. et madame *Boivin* et M. *Dugès*, tom. I, page 39.

(2) *Daniel Sennert*. Opera omnia, de herniâ uterinâ, tom. III, page 654.

(3) *Rousset*, Traité de l'opération César. (loco. cit.)

garder comme pouvant causer la hernie utérine, le développement d'un abcès à l'aine (1) ou à la région sus-pubienne, l'écartement subit de la ligne blanche (2), une ancienne cicatrice et quelques autres lésions qui, comme celles que nous venons de signaler peuvent, lorsque les parois abdominales sont distendues, déterminer un déplacement de l'organe utérin à la suite d'une forte secousse ou d'un effort violent.

Comme ces sortes de déplacements utérins sont extrêmement rares, nous allons nous borner à rapporter en peu de mots quelques-unes des observations que possède la science sur les trois espèces d'hystérocèle.

HYSTÉROCÈLE INGUINALE.

Ce genre de hernie que la plupart des auteurs regardent comme impossible pendant la grossesse; a été observé pendant la vacuité de la matrice par le professeur *Lallement* (3) sur une femme de 71 ans morte à l'hopital de la Salpétrière. La tumeur qui s'était formée à travers l'anneau inguinal droit contenait l'ovaire du même côté, la totalité de la ma-

(1) *Ruisch*, adversaria, anat. chirurg. medica. décade II, page 23.

(2) J. L. *Petit*. OEuvres posthumes, tom. III. page 264.

(3) Mémoires de la société d'émul. IIIe année, p. 523.

trice et une portion du vagin. La profession pénible de cette femme avait fait naître et s'accroître graduellement la tumeur qui d'abord extrêmement sensible devint ensuite indolente; sa forme présentait celle d'une poire et sa longueur était de quatre à cinq travers de doigts. Le professeur *Boyer* (1), donne l'analyse d'une observation du même genre publiée par *Choppart*. La femme qui en fait le sujet était âgée de 50 ans; sa matrice qui sortait presque en totalité par l'anneau inguinal ainsi que l'ovaire et la trompe du côté gauche, était contenue sans adhérence dans un sac herniaire très large, et semblait beaucoup plus petite qu'elle ne l'est de coutume. Elle avait une forme arrondie et alongée, sa couleur était d'un rouge très pâle; et sa consistance molle et flasque; enfin elle présentait un rétrécissement vers l'endroit de l'anneau et conservait vers son fond des lambeaux membraneux qui semblaient résulter d'une ancienne adhérence de l'épiploon qui s'étaient détachées.

HYSTÉROCÈLE CRURALE.

L'hystérocèle crurale peut aussi avoir lieu pendant l'état de vacuité. M. *Murat* (2) et le professeur *Lallement* (3) ont eu l'occasion d'observer une hernie

(1) *Boyer*. Maladies chirurgicales, tom. VIII, page 381.

(2) Dictionnaire de méd. 21 vol. tome II, page 162.

(3) Bulletins de la faculté de Méd. de Paris, t. I, page 1. (1816).

utérine de cette espèce sur une femme de 82 ans, qui mourut en 1816 à l'hospice de la Salpétrière. La tumeur herniaire qui existait depuis quarante ans, présentait cinq pouces environ de longeur sur quatre de largeur et occupait tout le pli de l'aine droite. Elle avait une forme pyramidale à sommet supérieur et à base inférieure, et ont reconnu par une dissection faite avec soin, que les parties herniées étaient sorties derrière le ligament large et que la tumeur contenait la matrice, les ovaires, les trompes et une partie du vagin. Ce genre de hernie a lieu également pendant la grossesse; *Fabrice de Hilden* (1) rapporte d'après *Doering* (2), qu'une femme de Nisse en Silésie, qui était alors enceinte pour la neuvième fois, portait une tumeur vers l'aine gauche, qui augmenta au point de descendre jusqu'au genou. Une consultation de médecins ayant décidé qu'il fallait faire une incision au milieu de la tumeur pour terminer l'accouchement regardé comme impossible sans cela, on retira par cette opération un enfant qui vécut quelques mois, mais la mère mourut au bout de trois jours, après avoir souffert des douleurs atroces.

Le célèbre *Daniel Sennert* (3), qui mourut de la

(1) De novâ, rarâ et admirandâ herniâ uterinâ (opera omnia page 893).

(2) De herniâ uterinâ, atque partûs cæsarei historia.

(3) Opera omnia, de herniâ uterinâ, tome III, page 654.

peste à Witemberg en 1637, rapporte que la femme d'un tonnelier dans les premiers mois de sa grossesse, aidant son mari à courber des perches pour faire des cercles de tonneaux, un de ces derniers se redressa brusquement et alla la frapper violemment à l'aine gauche. Immédiatement après cet accident, il survint dans cette partie une tumeur qui augmenta tous les jours au point qu'il fut impossible d'en faire la réduction, et que la malade fut obligée de la soutenir avec un suspensoir qui avait son point d'appui sur les épaules. Le terme de l'accouchement étant arrivé, on pratiqua l'opération césarienne sur la tumeur; le succès qui semblait d'abord être heureux ne se soutint pas, car la femme mourut le vingtième jour, mais l'enfant vécut neuf ans. Quoiqu'il soit probable que cette hernie utérine et celle que nous venons de rapporter d'après *Fabrice de Hilden* et *Doering* fussent des hernies crurales, cependant le peu de détails donnés par ces auteurs laissent quelques doutes dans l'esprit, et il serait bien possible que dans ce cas la tumeur ait pu se former par l'anneau inguinal, ou ce qui est plus probable, à travers un éraillement des muscles de la région inguinale.

HYSTÉROCÈLE VENTRALE.

L'hystérocèle ventrale est celle qui s'opère à travers un écartement accidentel des muscles abdominaux. On ne connaît des exemples authentiques

de ce genre de hernie utérine, que pendant la grossesse, et il paraît qu'elle a souvent été confondue avec une obliquité produite par le relâchement excessif des parois abdominales, et portée quelquefois au point de laisser tomber l'utérus sur le devant des cuisses. J. L. *Petit* (1) rapporte qu'une femme en travail depuis trois jours avait éprouvé tout à coup la sensation d'un violent déchirement dans le ventre, accompagné d'une douleur vive, puis d'une faiblesse extrême et d'une inertie complète. L'abdomen présentait deux hernies ventrales; l'une s'étendait depuis l'ombilic jusqu'à la symphise pubienne, et l'autre depuis l'empreinte ombilicale jusqu'au cartilage xiphoïde. « La première, c'est-à-dire l'inférieure était si considérable, que les muscles droits étaient éloignés l'un de l'autre de neuf à dix pouces. On me dit que cette tumeur avait commencé depuis longtemps et qu'elle avait augmenté à chaque grossesse, à chaque accouchement de la malade; que depuis six mois l'augmentation avait été plus prompte et plus considérable, mais qu'elle n'était parvenue à la grosseur énorme où je la voyais que depuis trois jours». *Petit*, ayant reconnu que l'enfant était hydrocéphale, fit la ponction du crâne avec un bistouri, et eut la précaution de comprimer en même temps les parois abdominales à l'aide d'un bandage fait au moyen

(1) OEuvres posthumes, t. III, page 264.

d'une nappe et d'un petit oreiller en guise de pelotte. L'extraction du fœtus ayant été facile, la femme se rétablit promptement.

Fréderic Ruisch (1) dit qu'une femme devenue enceinte après une suppuration à l'aine, vit peu à peu cette partie devenir le siége d'une hernie utérine si volumineuse que la tumeur pendait jusqu'au genou. Le temps du travail étant arrivé, la sage-femme fit rentrer le fœtus en relevant la tumeur et bientôt l'accouchement se termina par les voies ordinaires. *Roussel* (2) fait mention d'une hernie du même genre qui s'était effectuée sur une femme qui, à une précédente couche, avait été soumise à une opération césarienne.

Nous allons terminer par une dernière observation d'hystérocèle ventrale, qu'il eût été facile de prendre pour une hernie utérine crurale, si elle n'avait pas été soumise à un examen attentif. Une femme de quarante ans, enceinte pour la cinquième fois, vit grossir peu à peu une tumeur qu'elle portait depuis quelques années, vers la région inguinale. Bientôt il ne resta aucun doute que cette tumeur contenait non seulement la matrice, mais encore un fœtus vivant. Le professeur *Saxtorph*, qui était le médecin de la malade, laissa l'expulsion de l'enfant

(1) Adversaria anat. chirurg. medica., décade II, page 23.
(2) Traité de l'opération césarienne. (Loco citato.)

s'opérer par les seuls efforts de la nature, mais il fit l'extraction méthodique du placenta, après avoir constaté de nouveau la situation anormale de l'organe gestateur. La malade se rétablit, quoique sa matrice qui avait repris son volume ordinaire, restât saillante hors des parois abdominales, ce qui permit de constater que l'hystérocèle avait eu lieu à travers un éraillement et non par une ouverture, naturelle comme la chose semblait plus probable (1).

Nous ne nous étendrons pas plus long-temps sur les hernies utérines, et nous nous bornerons à ajouter que leur traitement dans l'état de vacuité comme pendant la gestation, consiste à tenter la réduction et à maintenir la tumeur réduite par un bandage convenable. Si la réduction ne pouvait être opérée, et surtout si la femme était d'un âge à ne plus pouvoir devenir enceinte, on se contenterait d'appliquer un bandage contentif; dans le cas contraire, on aurait recours à la compression graduelle et continue, comme le conseillait J. L. *Petit* pour les entérocèles adhérentes.

Si l'hystérocèle qui a eu lieu pendant la grossesse semblait ne pas s'opposer à ce que l'accouchement se fît par les seuls efforts de la nature, ce qu'on reconnaîtrait par la marche régulière du travail, l'écoulement des eaux et la présentation normale du fœtus

(1) Bibliothèque médicale, tome 67, page 59.

par le vagin, on se bornerait à tenir relevé le fond de la matrice, de manière à donner le plus possible à cet organe, la direction qu'il devrait avoir pendant une parturition normale. S'il n'en était pas ainsi, on aurait recours à l'opération césarienne, qui, malgré tous ses dangers, a réussi entre les mains de *Rousset*, sur la femme dont nous avons donné l'observation. Dans tous les cas, on ne devra se décider à ce moyen extrême que lorsque on aura employé tous les autres : enfin si l'hystérocèle présentait les signes de l'étranglement, on débriderait selon les règles ordinaires, ou encore mieux en faisant des incisions multiples peu prolongées au moyen d'un bistouri boutonné, ou de la petite sonde à lame cachée que nous avons inventée pour opérer la fistule à l'anus et le débridement multiple de toutes les hernies. (Voyez ce que nous en disons à la page 336 et le dessin que nous en donnons à la fin de l'ouvrage.)

DE LA HERNIE DE L'OVAIRE.

Soranus d'Éphèse, surnommé le *second* pour le distinguer de l'autre *Soranus* de la secte des méthodistes, est le premier auteur qui ait fait mention de la hernie de l'ovaire dans son traité des maladies des femmes dont *Adrien Turnebe* a publié un fragment imprimé sous ce titre, *de utero et muliebri pudendo libellus* et dont *Oribase* et *Aetius*, ont aussi donné

quelques extraits : en décrivant une espèce de hernie qu'il regarde comme très extraordinaire, il dit : « *que les intestins étaient descendus jusque dans les grandes lèvres* ou, selon son expression, *dans le scrotum, précédés des ovaires* » (1), *Verdier* (2), en a trouvé un second exemple quinze siècles après *Soranus* ; *Haller* (3), a fait connaître le troisième, *Percival Poot* (4), le quatrième, et c'est seulement depuis la description qu'en a donnée ce célèbre chirurgien anglais que les praticiens ont admis cette espèce de hernie qui a fourni à M. *Deneux* le sujet d'une excellente monographie.

L'ovaire a six espèces de hernies : 1° l'inguinale, observée par *Soranus*, *Verdier*, *Haller*, *Percival-Poot*, *Lassus*, *Babin*, *Desault Lallement*, *Rougemont*, *Bessière*, *Billard*, 2° la crurale, constatée par MM. *Murat*, *Deneux*, 3° l'ischiatique, par *Camper* et *Papen*, 4° l'ombilicale par *Camper*, 5° la ventrale, par *Ruisch*, *Stein*, *Lauverjat*, 6° enfin, la vaginale ou vagino-rectale, signalée par *Everard Home*, MM. *Roux*; *Barret*, *Dugès*, madame *Boivin* et quelques autres auteurs.

La plupart des hernies ovariques se rencontrent d'un seul côté ou des deux côtés à la fois. *Verdier*,

(1) Oribase. cap. XXXI et XXXII, lib. XXIV.
(2) Mémoires de l'académie de chirurgie, t. II.
(3) Herniarum adnotationes crit. in opusc. pathol.
(4) Med. observ. and inquiries. Works. tom. III.

Lassus, MM. *Deneux* et *Billard* ont prouvé que si le plus souvent elles étaient accidentelles, elles pouvaient aussi être congéniales; dans quelques cas elles sont formées par l'ovaire seul, et dans d'autres plus fréquents, cet organe est accompagné de la matrice, des intestins et presque toujours de la trompe.

Les causes prédisposantes des hernies de l'ovaire, sont l'hydropisie ascite, l'amaigrissement subit, l'usage immodéré des boissons relâchantes des aliments gras et huileux, l'habitation des climats humides, l'existence du canal de Nuch, les différents déplacements de la matrice. Pendant l'enfance l'étroitesse du petit bassin, la forme droite, alongée et la surface lisse des ovaires, enfin la situation de ces organes au-devant des psoas et presque vis-à-vis l'ouverture inférieure des parois abdominales.

Les causes occasionnelles des hernies ovariques sont en général toutes celles des autres hernies, mais principalement chez les adultes, la compression circulaire exercée immédiatement au-dessus des hanches, soit au moyen d'une ceinture, soit avec un corset mal fait; le développement de la matrice, et de l'ovaire résultant d'un état pathologique, les plaies et les abcès sur les régions hypogastriques et inguinales; chez les jeunes sujets, les cris aigus, et long-temps prolongés, l'application peu méthodique d'un bandage destiné à soutenir l'ombilic dans les

premiers temps de la naissance, enfin, tous les efforts qui sont les causes efficientes des autres déplacements des viscères contenus dans la cavité pelvienne.

Le diagnostic de la hernie de l'ovaire présente quelquefois de l'obscurité, et les signes au moyen desquels on la reconnaît, peuvent éprouver des modifications variables suivant que l'organe est affecté d'inflammation, d'adhérences, de tuméfaction, de squirrhe, d'hydropisie; qu'il contient des hydatides ou qu'il présente tout autre état pathologique susceptible de changer la configuration de la tumeur ainsi que la forme et la structure de l'organe. Malgré les modifications que toutes ces circonstances apportent dans les signes caractéristiques de la hernie de l'ovaire, on pourra avec un peu d'attention, la distinguer assez bien, des tumeurs glanduleuses ou lymphatiques, des abcès cutanés, de l'épiplocèle, de l'entérocèle et de la hernie graisseuse avec lesquels elle a été confondue. Lorsque l'ovaire déplacé conserve sa consistance, sa mobilité et sa structure naturelle, surtout lorsque la hernie s'est opérée par l'anneau inguinal, ce qui a lieu le plus ordinairement, la tumeur qui le plus souvent a la forme et le volume d'un œuf de pigeon, est circonscrite, rénitente, douloureuse à la pression, d'apparence glanduleuse ne change pas la couleur de la peau, ne détermine pas des coliques, des vomissements, des borborygmes, des tiraillements d'estomac, la constipation,

ne se réduit pas spontanément, et la réduction artificielle obtenue n'est pas accompagnée de gargouillements, comme celle des hernies intestinales; enfin loin d'être soulagée en se couchant du côté opposé à la tumeur, la femme de même que lorsqu'elle se tient debout, éprouve des douleurs plus vives à l'hypogastre et aux lombes, et un sentiment de tiraillement beaucoup plus pénible. Tels sont les signes caractéristiques au moyen desquels on pourra reconnaître les hernies de l'ovaire qui s'effectuent en dehors du bassin, et les distinguer des épiplocèles et des entéro-épiplocèles avec lesquelles il serait facile de les confondre. *Lassus* a très judicieusement remarqué qu'il n'est pas de signe qui sous tous les rapports soit plus valable que la coïncidence des mouvements imprimés à l'utérus par le vagin ou le rectum, avec ceux qui seraient sentis sur la tumeur, par la malade ou le médecin.

Chez les femmes jeunes et d'une forte constitution, la hernie de l'ovaire peut être suivie d'étranglement, surtout lorsqu'elle s'est effectuée par l'anneau inguinal ou crural. Cet accident est annoncé par l'augmentation des phénomènes que nous avons indiqués plus haut, et quelquefois lorsque l'inflammation est très vive, par la formation d'un foyer purulent, et même par le développement de tous les symptômes de la péritonite.

Il est donc de la plus haute importance de réduire

promptement et de maintenir réduites les hernies ovariques. Le moindre retard peut rendre la réduction non seulement plus difficile, mais même impossible; l'ovaire qui est alors comprimé, s'enflamme, se tuméfie, et contracte des adhérences qui s'opposent à ce qu'on puisse lui faire reprendre sa situation normale; dans ce cas on l'a vu devenir squirrheux, ce qui contre indique toute tentative de réduction et nécessite l'excision de l'organe.

Lorsque la hernie de l'ovaire se sera étranglée, on devra combattre les accidents qui en sont la conséquence par la situation, les saignées générales et locales, les bains, les fomentations, les cataplasmes émollients, les lavements, enfin on aurait recours au débridement, si l'on échouait par l'emploi de tous ces moyens. Après avoir mis à découvert l'ovaire avec précaution et en incisant couches par couches, et après avoir débridé l'anneau avec un bistouri boutonné, ou avec notre sonde à lame cachée qui est surtout très commode pour le débridement multiple, on fera rentrer les parties herniées, pourvu qu'elles soient saines et que les adhérences qu'elles auraient pu contracter, soient de nature à être détruites. Dans le cas contraire, on se contentera, après avoir opéré le débridement, de panser mollement la plaie jusqu'à la disparition complète des symptômes inflammatoires, puis on exercera plus tard une légère pression sur les parties

au moyen d'un bandage approprié. Cette méthode devra toujours être préférée à l'excision, et l'ovaire qui se trouvera, sinon reporté dans le ventre, au moins dans l'anneau, s'opposera, en obturant le canal, à la hernie des intestins et de l'épiploon qui est beaucoup plus dangereuse. S'il survenait des accidents graves ou une incommodité très pénible, il resterait comme moyen extrême, l'extirpation de l'ovaire, qui dans l'observation de *Percival Poot* n'a présenté, ni difficulté, ni dangers; l'excision avait été pratiquée après la ligature préliminaire du pédicule de chaque ovaire. La malade, ainsi que la jeune fille dont parle *Lassus* (Pathol. chirurg.), n'a éprouvé de cette sorte de castration féminine que la perte d'une partie des attributs de son sexe et une stérilité absolue. Si l'ovaire était squirrheux ou distendu par des hydatides, il serait également rationnel d'en faire l'excision, et dans ce cas comme après un débridement, la plaie résultant de l'opération devra être pansée comme on le pratique pour une simple plaie.

DE LA CYSTOCÈLE VAGINALE OU HERNIE DE LA VESSIE DANS LE VAGIN.

La vessie, comme la plupart des organes contenus dans la cavité pelvienne, peut se déplacer et former plusieurs hernies qui ont reçu les noms de *cysto-*

cèle inguinale, *crurale*, *périnéale*, *vaginale* et *vulvaire*, selon qu'elles ont lieu à travers l'anneau inguinal, l'arcade crurale, au perinée, à l'intérieur du vagin et au milieu de l'une des grandes lèvres. Comme ces deux derniers modes de déplacements de la poche cystique sont les seuls qui s'observent exclusivement chez la femme, nous croyons devoir nous dispenser de parler des trois premiers.

A en juger d'après les principaux traités généraux de pathologie chirurgicale, et même d'après les meilleures monographies sur les hernies et tous les ouvrages anciens et modernes spécialement consacrés aux maladies des femmes, la hernie de la vessie, appelée *cystocèle vaginale*, devrait être le plus rare de tous les déplacements. L'illustre *Scarpa*, dans son admirable *Traité des hernies*, *Samuel Cooper*, dans son excellent dictionnaire de médecine pratique, *Dupuytren*, dans ses Leçons orales, n'ont parlé en aucune manière de cette affection; *Boyer*, dans son traité des *maladies chirurgicales*, MM. *Roche* et *Sanson*, dans leurs *éléments de pathologie externe*, enfin, la plupart des auteurs modernes les plus estimés disent à peine quelques mots sur ce sujet, de sorte que la science ne possède que quelques faits observés par *Méry* (1), *Curade* d'Avignon, *Robert*

(1) Mémoires de l'académie des siences, année 1715. *Verdier*. Recherches sur la hernie de la vessie. *Boyer*, tom. VIII, page 372.

de Lille (1), *Divoux* (2), *Christian* de Liverpool (3), *Sandifort* (4), *Chaussier* (5), MM. *Sims* (6), *Astley Cooper* (7), *Rognetta* (8), madame *Rondet*, sage-femme de Paris (9).

Lorsqu'on connaît parfaitement les rapports du vagin avec la vessie, il est facile de comprendre le mécanisme de la cystocèle vaginale; la poche urinaire, refoulée contre la paroi antérieure du canal vulvo-utérin par un abaissement brusque du diaphragme et une contraction violente des muscles abdominaux, déprime plus ou plus moins cette paroi, ou s'échappant à travers un éraillement des fibres vaginales, donne naissance à une tumeur membraneuse et fluc-

(1) Mémoires de l'acad. de chirurg. t. II. *Verdier* (loco citato).

(2) Disp. de hernia vesica urinaria, 1732.

(3) The Edimburg medical journal, tom. IX, page 281.

(4) Observationes anatomicæ. t. I, cap. 3, p. 58.

(5) *Leblanc*. Précis des opérations de chirurgie, tome II, page 368.

(6) *Sir Astley Cooper's*, ou abdominal hernia page 57.

(7) On abdominal hernia, loc. cit.

(8) Considérations sur la cystocèle vaginale. etc. (*Revue médicale*, juin 1832, page 398). Ce mémoire du docteur *Rognetta* est sans contredit la meilleure monographie que la science possède sur la cystocèle vaginale. Par les expériences qu'il a faites sur le cadavre, cet ingénieux praticien a jeté un grand jour sur le mécanisme, les symptômes, la marche, le diagnostic et le traitement des divers déplacements de la poche urinaire chez la femme.

(9) Mémoire sur la cystocèle vaginale. 1835.

tuante, qui fait saillie à l'intérieur du vagin ou à l'extérieur entre les grandes lèvres.

Les causes prédisposantes de la cystocèle vaginale sont : la trop grande capacité du bassin, de nombreux accouchements, un tempérament lymphatique, la position droite, fréquente et long-temps prolongée, une profession qui exige de porter des objets pesants et de grands efforts musculaires, l'existence d'une ancienne leucorrhée, l'état de gestation, la rétention de l'urine et l'habitude de ne rendre que rarement ce liquide ; l'abus du coït, des bains de siége chauds, des chaufferettes, l'usage des corsets étroits, surtout ceux qui sont maintenus par un gros busc de fer ou de baleine, enfin une laxité particulière des parois de la vessie et de celles du vagin, et une certaine conformation dans laquelle la poche urinaire est élargie sur ses côtés et enfoncée derrière la symphise pubienne.

La cystocèle vaginale qui n'a lieu, en général, que chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants, a été cependant observée par *Sandifort*, sur une jeune fille hystérique, qui était tourmentée par une toux convulsive (observ. anat., tom. I, pag. 58), et par sir *Astley Cooper*, sur une fille de dix-sept ans, entrée à l'hôpital de Guy, pour être traitée d'une prétendue chute de la matrice (abdominal hernia, loco citato). Cette affection a été observée pendant la grossesse, par *Mery* et *Curade* d'Avignon (loc. cit.),

pendant le travail, par *Robert* de Lille et *Christian* de Liverpool (loc. cit.), et enfin, sept jours après l'accouchement, par *Chaussier* (*Leblanc*, précis des opérations de chirurgie, tom. II, pag. 368). Dans ce cas, la hernie vésicale s'effectua à la suite d'un grand effort que fit la femme pour changer de place un seau plein d'eau.

Parmi *les causes déterminantes* de la cystocèle, on doit ranger le travail de la parturition, les efforts violents, une forte pression sur la région hypogastrique, l'action de sauter, de danser, de tousser, de vomir, de trotter à cheval, le cahotement d'une voiture non suspendue, enfin la plupart des causes efficientes de toutes les autres hernies.

Cette affection se manifeste par une tumeur formée par la vessie, déprimant la paroi antérieure du vagin, et se présentant, soit dans cette cavité, soit hors de la vulve. Cette tumeur est rougeâtre, arrondie, tendue et à surface lisse, lorsque la vessie pleine d'urine a distendu les rides de la muqueuse vaginale. Elle est au contraire inégale, plissée et molle, quand la poche vésicale ne contient point ou peu de liquide. Dans le premier cas, elle offre de la fluctuation, et la pression exercée sur elle de bas en haut la fait disparaître en partie en donnant lieu à un écoulement d'urine qui s'opère par le méat urinaire, et qui exhale une odeur d'autant plus fétide que ce liquide est resté plus long-temps dans la vessie.

Enfin, les exercices violents, la marche et la station prolongées augmentent le volume de la tumeur qui diminue au contraire par le repos et le décubitus horizontal.

La cystocèle vaginale produit toujours la dysurie et souvent l'ischurie; elle détermine également un sentiment de cuisson dans le trajet du canal de l'urètre, et dans quelques cas, une tension très douloureuse et une augmentation de volume du ventre qui sont presque toujours accompagnées d'agitation, d'insomnie, de tiraillements d'estomac et de divers phénomènes sympathiques.

Ce genre de déplacement de la vessie se montre, soit isolément, soit accompagné de cystite, de métrite, et très souvent de vaginite, ou de différentes déviations utérines, telles que l'antéversion et la rétroversion et un prolapsus plus ou moins complet. Toutes ces complications de la cystocèle vaginale devront être combattues par un traitement antiphlogistique, qui pourra souvent être employé en même temps que celui de l'affection primitive.

Lorsque cette sorte de hernie vésicale a lieu chez une femme enceinte, elle peut acquérir un volume assez considérable pour gêner la sortie du fœtus. Dans ce cas, il est toujours facile de la distinguer de la poche des eaux de l'amnios, en portant un doigt dans le vagin, pour s'assurer que le museau de tanche est libre, et se trouve derrière la tumeur cystique, qu'on fera disparaître facilement au moyen du

cathétérisme. Cette pratique a réussi parfaitement à notre célèbre accoucheur *Baudelocque* et à *Robert*, chirurgien de Lille.

La cystocèle vaginale qui se développe peu de jours après l'accouchement, peut, par son volume considérable, s'opposer à l'écoulement des lochies, jusqu'après la réduction de la tumeur. C'est ce qui a eu lieu dans l'observation de *Chaussier* qui a été rapportée par *Hoin* et *Leblanc*. (loc. cit., pag.)

On a également observé que la poche vésicale qui fait saillie dans le vagin contient quelquefois des calculs qui ont été extraits en faisant une incision sur la tumeur même. *François Tolet* (1) en a retiré cinq par ce procédé, et *Ruisch* (2) quarante-deux.

Le traitement de la cystocèle vaginale présente deux indications principales qui consistent, comme pour toutes les autres hernies, à réduire la tumeur et à s'opposer à son déplacement. Lorsque la cystocèle est peu volumineuse, on la contient facilement, soit à l'aide d'une éponge taillée en forme de cylindre et imprégnée d'un liquide astringent (3), ou au

(1) Traité de la lithotomie ou de l'extraction de la pierre de la vessie.

(2) Adversaria anat. chirurg. medica. (*loco cit.*).

(3) Le docteur *d'Huc*, dans son manuel intitulé *le médecin des femmes page* 61, conseille la décoction suivante qui nous paraît très convenable :

R.	Racines de ratanhia concassées.	1/2 once.
	Eau.	1 livre.

Ajoutez sur la fin de l'ébullition.

Roses de Provins.	1 once.

Passez.

moyen d'un pessaire de gomme élastique et en forme de bondon, soit avec celui du docteur *Rognetta*, ou simplement avec un sachet de toile fine rempli de poudre d'écorce de chêne imbibée de gros vin rouge et maintenu en place avec le secours d'un bandage en T.

Lorsque la hernie vésicale est volumineuse et se trouve pressée par l'utérus et les parties voisines, on doit, ce qui dans tous les cas est utile, commencer par pratiquer le cathétérisme au moyen d'une sonde d'homme, en ayant la précaution de tourner du côté du vagin la concavité de cet instrument, afin de remédier ainsi à la position vicieuse que présente ordinairement le canal de l'urètre. Si le cathétérisme ne pouvait s'effectuer malgré toutes les précautions indiquées, si surtout la cystocèle avait eu lieu pendant le travail de l'accouchement, et pouvait par conséquent gêner beaucoup la sortie du fœtus, il faudrait plonger un trois-quarts au centre de la tumeur, et après l'écoulement de l'urine, introduire une sonde dans la vessie pour prévenir une fistule vésico-vaginale.

Dans le cas où le cathétérisme se serait effectué sans que pour cela l'urine s'échappât par la sonde, on devrait, à l'exemple de *Robert* de Lille, recourir à la compression de la tumeur qui ferait refluer le fluide vésical jusqu'à l'orifice externe de l'instrument.

Les observations intéressantes que M. *Burns* de Glascow a faites en disséquant une cystocèle vagi-

nale (1), tendraient à prouver que ce genre de hernie est, comme toutes les autres, susceptible d'étranglement. Ce célèbre anatomiste anglais propose, pour en opérer le débridement, de porter le bistouri dans l'endroit étranglé; cette méthode est, selon nous, dangereuse et toujours inutile; car, lors même que l'étranglement aurait lieu, ce qui n'a jamais été observé, on le ferait disparaître, soit en évacuant l'urine avec la sonde, soit, comme nous l'avons conseillé plus haut, en plongeant un trois-quarts dans la vessie par le vagin, si le cathétérisme n'avait pu être pratiqué.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans ajouter qu'il est une espèce de cystocèle que l'on pourrait appeler urétrale, parce que la vessie herniée se renverse à travers le canal de l'urètre et se présente vers le méat urinaire qu'elle obture complétement. Cette sorte de cystocèle, extrêmement rare, qui a été observée par *Dehaën* (2) coïncide toujours avec une hernie intestinale qui refoule le vagin et entraîne en même temps la vessie. La cystocèle périnéale chez la femme exige les mêmes moyens que la cystocèle vaginale, et présente à peu près les mêmes signes diagnostiques. Le périnée est le siége d'une tumeur indolente, large,

(1) Les observations anatomiques de M. *Burns* sont consignées dans les actes de la société médicale d'Edimbourg année 1824, et dans l'ouvrage de *sir Astley Cooper*, intitulé : the anatomy and surgical treatement of abdominal hernia, page 64.

(2) Ratio medendi, tom. I, page 76.

peu saillante, molle, disparaissant facilement, ou se réduisant spontanément lorsque la femme vient d'uriner, et augmentant de volume et de consistance, lorsque, pendant un certain temps, la vessie est distendue par l'urine.

DU PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE URÉTRALE.

Le prolapsus de la membrane interne du canal de l'urètre est une affection très rare, dont cependant il est bon de dire quelques mots. Cette affection qui est due à un relâchement et à une boursoufflure de la muqueuse urétrale, se manifeste par une petite tumeur rougeâtre qui fait une saillie plus ou moins considérable en dehors du méat urinaire, et qui se distingue du fongus urétral, dont nous parlerons plus tard, par sa forme régulière, sa réductibilité, et surtout par une ouverture centrale qu'on y remarque. Dans un cas de cette nature observé par *Séguin* (1), on pouvait introduire facilement le doigt par le canal de l'urètre qui était extrêmement dilatable et relâché; le praticien que nous venons de citer, après avoir employé inutilement les astringents, introduisit une sonde de femme dans le canal de l'urètre, et fit la ligature de la tumeur sur la circonférence de cet instrument; huit jours après cette opé-

(1) Biblioth. médicale. t. LXVIII. page 86.

ration, la malade fut parfaitement rétablie. Nous avons obtenu le même résultat en cautérisant avec une solution concentrée de nitrate d'argent tout le trajet du canal, au moyen d'une petite éponge fixée sur un petit cylindre ayant un de ses côtés à jour. La personne dont nous voulons parler, aujourd'hui agée de 20 ans, est grande et bien constituée, mais chez elle tous les organes de la génération sont dans un état de relâchement bien manifeste; l'utérus est ordinairement à un pouce de la vulve, les grandes et les petites lèvres sont procidentes, molles, et beaucoup plus alongées que de coutume. Cette femme, qui est mariée depuis l'âge de seize ans et demi, est accouchée deux fois d'un enfant mort, à la suite d'une chute dans son escalier. L'état de blanchisseuse qu'elle professe, qui exige qu'elle se tienne constamment debout et les efforts qu'elle fait souvent en portant au loin du linge, sont conjointement à une idiosyncrasie particulière, les causes prédisposantes de l'état de relâchement anormal que présentent tous ses organes génitaux.

DE L'ENTEROCÈLE VAGINALE.

L'entérocèle vaginale consiste dans une tumeur qui fait saillie dans le vagin et qui est produite par le déplacement d'une portion d'intestin. Ce genre de hernie, un peu moins rare que les deux précédentes,

est aujourd'hui assez bien connue. *Garengeot* (1) est le premier auteur qui en ait fait mention ; depuis cette époque, elle a été observée par *Verdier* (2), *Leblanc* (3), *Hoin* (4), *Richter* (5), *Dehaen* (6), et par plusieurs autres praticiens.

Les parties du vagin qui sont recouvertes par le péritoine, c'est-à-dire les parois antérieure et postérieure, sont les seules qui puissent se prêter à une hernie intestinale dans la cavité de ce canal. Les causes prédisposantes de ce genre de déplacement sont en partie les mêmes que celles des autres hernies; ainsi les femmes enceintes, les nouvelles accouchées, celles qui ont eu plusieurs enfants, y sont plus exposées que les autres. Sur quinze observations d'entérocèle vaginale publiées par *Hoin*, treize avaient eu lieu sur des personnes qui étaient accouchées plusieurs jours auparavant ; cependant cette affection a été également observée sur des femmes qui n'avaient jamais été mères.

Les causes efficientes de cette hernie qui peut également se former d'une manière lente et graduée, sont en général, une chute sur le siége, un effort

(1) Mémoire de l'académie de chirurg. tome. II.

(2) Recherches sur la hernie, mémoires de l'acad. de chirurg. tom. II.

(3) Nouvel méthod. d'opér. les hernies, 1767.

(4) Essai sur les hernies rares et peu connues, 1767.

(5) Von den brüken, etc. traduit par *Rougemont*, 1799.

(6) Ratio medendi. tom. I. loco. citato.

pour lever un fardeau, pour aller à la selle, enfin presque toutes les causes occasionnelles des autres déplacements. Lorsque l'entérocèle vaginale s'est effectuée brusquement, la malade éprouve la sensation d'un corps qui descend dans le vagin et une douleur plus ou moins vive qui s'irradie dans tout l'abdomen. La tumeur résultant de cette hernie qui en général ne présente que peu d'incommodité, à moins qu'elle ne soit très considérable, est de consistance molle, s'efface en partie ou disparaît tout à fait lorsque la femme est couchée. Elle devient au contraire plus volumineuse, plus dure, plus tendue, présente une base très large, une forme arrondie ou ovalaire, et se laisse quelquefois apercevoir au delà de l'orifice vulvaire, lorsque la malade est droite ou fait quelques efforts; en un mot, l'entérocèle vaginale offre tous les caractères généraux des autres hernies. Si l'on porte l'indicateur jusque sur le col de la matrice, on trouve le museau de tanche libre et dans son état naturel; cette circonstance jointe à l'absence d'ouverture de la tumeur et aux autres signes que nous avons donnés, ne permettent pas de confondre l'entérocèle vaginale avec toute autre tumeur qui se serait développée dans le canal vulvo-utérin.

Lorsque la portion d'intestin qui est déplacée pénètre entre la vessie et l'utérus, la hernie se manifeste sur un des côtés de la face antérieure du vagin

près du museau de tanche, tandis qu'elle occupe la face postérieure de ce canal, lorsque les organes déplacées descendent entre la matrice et le rectum. Souvent dans ce dernier cas, la tumeur se prolonge jusqu'au niveau de la vulve qu'elle dépasse quelquefois et souvent elle déjette le périnée en dehors et comprime l'extrémité anale du gros intestin, de manière à rendre très pénible l'expulsion des matières fécales.

Le peu d'épaisseur et la faiblesse des parois du vagin, la largeur du pédicule de la tumeur, c'est-à-dire de la communication du sac herniaire avec le péritoine, permettent toujours la rentrée de l'intestin et de l'épiploon, et rendent en quelque sorte impossible l'étranglement de l'entérocèle vaginale ; cependant, d'après les observations de *Smélie* et de *Dehaën*, la pression de l'utérus pendant la gestation peut déterminer cet accident qu'il est difficile de faire cesser lorsque la tumeur est considérable.

Pour remédier à cette sorte d'étranglement dans le cas ou l'on ne pouvait opérer la réduction, ce qui jusqu'à présent est sans exemple, on a conseillé d'inciser sur le point le plus saillant de la tumeur et de dilater l'ouverture par où doivent rentrer les intestins, avec le dilatatoire inventé par *Leblanc* pour faciliter la réduction des parties déplacées. Quelques chirurgiens ont pensé que l'on pourrait pratiquer une incision sur les parois du ventre, afin d'aller dé-

gager à travers cette ouverture, les parties herniées; enfin, dans le cas ou l'entérocèle vaginale serait épiploïque et pédiculée, on a conseillé encore d'embrasser son pédicule dans une ligature; il est du reste très difficile de déterminer *à priori* auquel de ces trois moyens chirurgicaux on devrait donner la préférence; pour porter un jugement sur cette question, il faut attendre que l'expérience et des faits observés sans prévention, soient venus lever toute incertitude à cet égard.

Si dans ces circonstances difficiles dont on admet la possibilité quoiqu'on ne les ait jamais rencontrées, la conduite à suivre est encore incertaine; il n'en est pas de même pour la très grande majorité des cas; en effet, le traitement de l'entérocèle vaginale est fort simple et bien connu, il consiste comme celui des autres hernies à réduire la tumeur et à la maintenir réduite.

Pour pratiquer la réduction, on commencera par faire vider le rectum au moyen de lavements, puis après avoir fait coucher la malade sur le dos, la tête et la poitrine beaucoup plus basses que le bassin, et les cuisses fléchies, on introduira dans le vagin deux doigts enduits d'un corps gras et l'on fera varier la position du bassin que l'on fixera définitivement dans celle ou l'utérus pèse le moins sur la tumeur; l'on exercera sur celle-ci une compression médiocre de manière à faire rentrer petit à petit toutes les par-

ties déplacées dans l'abdomen. Si la hernie avait lieu à travers la parois postérieure et supérieure du vagin, au lieu de faire coucher la malade sur le dos, elle devrait se placer à genou sur son lit, la tête appuyée sur le matelas. Enfin, lorsque la réduction sera effectuée, on maintiendra la hernie au moyen d'un pessaire cylindrique fixé dans le vagin avec un bandage en T.

Avant de terminer ce que nous avions à dire sur ce sujet, nous ajouterons que les fumigations émollientes dirigées dans le vagin, et surtout les injections huileuses faites quelque temps avant les manœuvres que nous venons d'indiquer, faciliteront de beaucoup la réduction de l'entérocèle vaginale.

DE L'ENTÉROCÈLE ET DE LA CYSTOCÈLE VULVAIRES.

L'entérocèle et la cystocèle de la vulve (1) sont des tumeurs formées dans l'une des grandes lèvres par les intestins ou par la vessie. Dans ce genre de hernie, les parties qui se déplacent, descendent

(1) D'après la dissection d'une cystocèle vaginale, faite par M. *Burns* de Glascow, un côté de la vessie ou les deux côtés à la fois qui bordent le vagin, peuvent descendre chacun séparément le long de ce canal et se frayer une route jusque dans l'épaisseur de la grande lèvre où la hernie se montre sous la forme d'une tumeur ronde qui disparaît en partie quand la vessie cesse d'être distendue par l'urine ; la portion moyenne du bas fond de la poche urinaire peut en même temps franchir la paroi antérieure du vagin et former une tumeur qui fait saillie au milieu de la vulve.

le long du vagin sans distendre les parois de ce canal et s'avancent entre son extrémité inférieure et la branche de l'ischion jusqu'au milieu d'une des lèvres de la vulve où elles produisent une tumeur arrondie, renitente, plus ou moins volumineuse. Cette tumeur qui soulève la peau, fait saillie au dedans de la vulve en se prolongeant sur l'un ou l'autre côté du canal vulvo-utérin, devient plus apparente, plus dure et plus tendue, lorsque la femme tousse ou fait un effort d'expulsion étant debout. Elle est souvent le siége ou plutôt le point de départ de douleurs qui s'accroissent pendant un exercice violent et qui s'irradient vers les régions inférieures de l'abdomen.

Ce genre de déplacement a été signalé pour la première fois par sir *A. Cooper* qui lui donne le nom de *pudendâ hernia* qu'on a traduit en français par *hernie vulvaire*. Depuis l'observation publiée par le célèbre chirurgien anglais, *Scarpa* (1), dont la science déplore la perte récente, a rencontré dans sa pratique deux cas de cette espèce de hernie, que M. le professeur *J. Cloquet* a eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis, et que M. *Dugès* (2) a également rencontré sur une jeune fille, qu'une sage-femme avait cru affectée d'un prolapsus utérin.

(1) Archives générales de médecine, tom I. année 1823.

(2) Traité des maladies de l'utérus, par Madame Boivin et M. Dugès. t. II. pag. 599.

La cystocèle vulvaire s'est encore plus rarement présentée à l'observation ; M. *Bompard* en a publié le premier exemple ; mais jusqu'à présent elle n'a été disséquée et reconnue sur le cadavre que par M. *Hartmann.*

Le traitement de cette affection, consiste à faire la réduction, et à maintenir la tumeur réduite; pour parvenir à ce résultat, la femme devra être couchée sur le dos, le bassin et la poitrine élevés par des coussins de manière à relâcher les parois abdominales, enfin les cuisses écartées et fléchies convenablement. Après avoir introduit dans le vagin le doigt indicateur de la main droite, si la hernie est à droite, et celui de la main gauche si la maladie est de ce côté, l'opérateur assis en face de la femme comprimera légèrement et soutiendra la tumeur du côté du canal vaginal tandis que les doigts de l'autre main en embrassant la portion qui fait saillie dans la grande lèvre, la refouleront en arrière vers la cavité pelvienne dans une direction parallèle à celle du vagin. On reconnaîtra que la tumeur est réduite par le vide qu'elle laisse dans la grande lèvre et dans la partie correspondante du canal vulvo-utérin.

Pour s'opposer à un nouveau déplacement, on aura recours à l'application d'un pessaire en bondon ou encore mieux à celle d'un pessaire conoïde dont le sommet tourné en bas, serait soutenu par un bandage en T.

La hernie vulvaire est comme les autres sujette à

s'étrangler, mais sir *A. Cooper* et *Scarpa* qui ont eu occasion de l'observer, sont l'un et l'autre parvenus à opérer la réduction seulement à l'aide du taxis. Cependant, comme il pourrait se présenter des cas moins heureux, où le débridement deviendrait indispensable, nous pensons qu'on devrait y procéder de la manière suivante : après avoir fait placer la femme comme nous l'avons indiqué plus haut, on fera une incision parallèle à la branche de l'ischion, c'est-à-dire qu'on débridera en arrière et un peu obliquement en dehors, ou bien en avant et un peu obliquement en dedans; de cette manière on évitera l'artère vaginale qui doit se trouver en dedans du sac, et l'artère honteuse qui est placée en dehors. Nous ajouterons avant de terminer, que le principal inconvénient qui résulte de la hernie vulvaire, consiste dans une diminution de l'ampleur du vagin, dont l'une des parois fait une saillie correspondante au trajet des viscères déplacés. C'est du reste ce qui a été constaté par le professeur *Dugès* sur la jeune fille dont nous avons parlé plus haut.

DE LA CHUTE ET DU BOURSOUFFLEMENT DE LA MEMBRANE INTERNE DU VAGIN.

On a mal à propos compris sous ce nom divers déplacements, tels que la cystocèle et l'entérocèle

vaginales, l'inversion qui résulte d'un prolapsus utérin et diverses autres hernies qui diffèrent essentiellement et n'ont de commun entre elles que la saillie de la membrane interne du vagin à l'intérieur de ce canal ou entre les lèvres de la vulve. Il est donc important de bien préciser ce qu'on doit entendre par *chute du vagin*, afin d'éviter toute espèce de confusion capable de rendre plus difficile le diagnostic de cette maladie et d'accroitre l'obscurité de son étude littéraire. On doit donc n'entendre par chute du vagin qu'une affection analogue à la chute du rectum, c'est-à-dire le renversement de la membrane interne qui est produit par l'infiltration du tissu cellulaire unissant entre elles les membranes vaginales.

On distingue la chute du vagin en *complète* et *incomplète*; dans le premier cas la tumeur dépasse plus ou moins le niveau de la vulve, tandis que dans le second elle proémine seulement dans l'intérieur du conduit vulvo-utérin. On a divisé encore cette affection en *universelle* et *partielle*, selon que la tumeur est formée par toute la circonférence du vagin ou simplement par une partie de la membrane interne de ce canal, ce qui arrive fréquemment surtout à la paroi antérieure.

Les causes prédisposantes de cette maladie sont un tempérament lymphatique, une leucorrhée ancienne et abondante, une hémorrhagie utérine, la fréquence des accouchements et des avortements,

l'abus des bains chauds et des boissons relâchantes, une mauvaise nourriture habituelle, enfin les causes qui peuvent déterminer un état de faiblesse et de cachexie.

Parmi *les causes efficientes* de la chute du vagin, on doit ranger l'abus du coït, la masturbation ; le frottement et la pression exercés sur les parois vaginales, par la tête du fœtus, la main de l'accoucheur ou les instruments employés pour terminer l'accouchement ; cette affection peut être également déterminée par les causes communes de toutes les hernies, telles que les violences extérieures, les efforts pour soulever un fardeau, ou expulser les matières fécales, enfin les secousses résultant d'une chute, d'un saut, de l'action de rire, éternuer, tousser et surtout de vomir. On l'a vue produite par un coup de corne de vache, qui avait porté dans le vagin ; le professeur *Désormaux* qui rapporte ce fait, dit qu'il a observé que surtout chez les femmes arrivées à l'âge critique, la chute partielle de la paroi antérieure du vagin était le résultat d'une inflammation chronique dont l'origine qui était souvent un vice dartreux, avait quelquefois une autre cause qu'il était impossible de déterminer.

Les symptômes de la chute du vagin varient selon l'étendue du déplacement et selon l'état inflammatoire des parties. Dans le prolapsus partiel mais simple, la tumeur est arrondie, de même qu'elle

est double, ou forme un bourrelet circulaire selon que la chute occupe les parois antérieures et postérieures, ou qu'elle s'étend sur toute la surface du vagin. La femme éprouve, quand elle est debout ou assise, un sentiment de pesanteur et de gêne, vers l'orifice du vagin et sur le fondement, des tiraillements dans la région lombaire, et diverses incommodités qui disparaissent en partie dès qu'elle reste pendant quelques instants dans une position horizontale. Dans la chute complète on doit joindre au symptôme que nous venons de signaler, un écoulement de mucosités puriformes, une constipation opiniâtre, une sorte de ténesme vésical et quelquefois même la strangurie. Souvent l'action de l'urine sur la surface de la tumeur, qui fait saillie hors de la vulve, et le frottement qu'elle éprouve pendant la marche, déterminent une inflammation plus forte, des excoriations douloureuses, une tension qui se prolonge vers la région des reins, et quelquefois même la gangrène produite par le gonflement considérable et surtout par l'étranglement de la tumeur qui a lieu au point où elle franchit l'orifice du vagin. *Heister* rapporte une observation qui prouve que la gangrène peut survenir à la suite de manœuvres inefficaces pour obtenir la réduction du prolapsus vaginal, et *Loder* cite dans son journal un fait d'après *Stoeller* qui démontre qu'il peut se former des concrétions calculeuses dans le tissu infiltré d'urine

de la membrane interne du canal vulvo-utérin en état de prolapsus complet.

Cette affection, non seulement gêne beaucoup pendant l'accouchement, mais même expose la femme à quelque danger. *Piesch* (1), rapporte que dans un cas de ce genre où la tumeur faisait une saillie de cinq pouces, la position de l'enfant ayant nécessité qu'on fît la version, il s'en suivit une déchirure qui cependant n'empêcha pas que la malade recouvrât la santé en peu de temps. *Loder* (2) dit que dans un autre cas, le vagin tombait chaque fois que la femme accouchait et faisait une saillie dont le volume égalait la tête d'un homme. L'accoucheur réussissait toujours à opérer l'extraction du fœtus au moyen du forceps, en ayant la précaution de faire soutenir les parties herniées. Lorsque cette manœuvre est impossible, *Richter* (3) conseille de faire une incision sur la partie latérale de la tumeur procidente, et il ajoute que cette opération est d'autant moins à craindre qu'on a vu dans des circonstances semblables, le vagin dilacéré sans qu'il en soit résulté des conséquences fâcheuses.

Lorsque le renversement est complet, la forme et le volume de la tumeur varient quelquefois au point

(1) Journal de médecine. tom. III.
(2) *Loder*, Journal. t. I. page 490.
(3) Biblioth. aud anfangsgr. der wundarzn. cap. IV. b. VII.

de rendre le diagnostic très difficile ; *Bartholin* (1), *Hagendorn* (2), *Schacher* (3), rapportent des faits curieux à cet égard ; ce dernier auteur entre autres, cite d'après *Widman*, l'observation d'un prolapsus du vagin qui, à cause de son aspect pyriforme, fut pris pour un prolapsus de la matrice, jusqu'à ce que la dissection ait prouvé que la tumeur était produite par la membrane interne des parois vaginales. Pour éviter des méprises de ce genre, il suffit de se rappeler que lorsque l'inversion est complète, la tumeur, de couleur rougeâtre qui se présente hors de la vulve, a une forme ovale ou cylindroïde, une consistance molle, et offre une surface sillonnée par des rides circulaires, et une épaisseur plus considérable vers sa partie inférieure que dans tout le reste de son étendue. Il faut également ne pas oublier qu'à son centre se trouve une ouverture assez large pour permettre l'introduction plus ou moins facile du doigt, qui, après l'avoir franchi, pénètre dans le vagin au fond duquel on distingue le museau de tanche.

Le pronostic de l'affection qui nous occupe est en général peu fâcheux, quoiqu'on parvienne rarement à obtenir une guérison parfaite ; quand la

(1) Casus pudendi mulieb. monstrose conform. cent. V hist. 9.

(2) Procidentia uteri instante partû. cent. III. observ. 3.

(3) Progr. de prolapsu vaginæ uteri.

chute est complète et surtout quand toute la circonférence du vagin forme la tumeur. Cependant cet heureux résultat a été obtenu accidentellement à la suite d'une inflammation produite par la présence d'un pessaire dans le vagin. *Morand* en a rapporté un exemple dans les mémoires de l'*Académie de chirurgie* et *Schacher* (*de prolapsû vag. uter.*), fait mention d'une femme qui, pour remédier aux inconvénients d'une inversion du vagin, introduisit dans cette cavité un petit pot de porcelaine qui y resta un an et ne put en être sorti qu'avec beaucoup de peine et par morceaux, tellement était vive l'inflammation qui survint. Cette circonstance que l'on croyait d'abord devoir être préjudiciable à la malade, fut cause de la parfaite guérison qui se fit très peu attendre.

Le traitement d'un prolapsus simple et incomplet consiste dans l'emploi des antiphlogistiques appliqués surtout localement, jusqu'à ce que les symptômes inflammatoires soient dissipés. Si l'inflammation avait une cause spéciale, et dépendait d'une disposition générale de la constitution, on aurait recours à un traitement approprié; et c'est même le seul cas où les remèdes internes sont utiles. Soit qu'on ait commencé par la réduction de la membrane déplacée, soit qu'on ait préféré attendre, ce qui est plus rationnel, que la phlogose locale et le gonflement fussent dissipés, on devra seulement à cette époque avoir recours aux lotions et aux injections

toniques et astringentes; la décoction préparée d'après la formule suivante, remplit parfaitement l'indication : Pr. quinquina jaune en poudre et écorce de chêne concassée, de chaque 3 gros; faites bouillir dans une demi bouteille de vin rouge; ajoutez, sulfate d'alumine 2 gros, et filtrez. On devra d'abord faire usage de cette décoction en la coupant avec moitié d'eau, puis un tiers, un quart, enfin on l'emploiera sans y ajouter aucune quantité de ce liquide. On pourra, pour augmenter encore l'efficacité de ces moyens, avoir aussi recours aux éxutoires, et surtout à l'application de petits cautères ou de quelques moxas sur le sacrum, comme le pratique M. le baron *Larrey*. A moins que le relâchement ne soit extrême, lorsque le traitement est bien dirigé, il est rare qu'on soit obligé de recourir à l'emploi des pessaires pour soutenir la membrane relâchée.

Pour remédier à la chute complète de toute la circonférence du vagin, on devra réduire la tumeur le plus tôt possible, en ayant toutefois la précaution de différer toute tentative de réduction, jusqu'à ce qu'on ait combattu par des moyens appropriés, l'inflammation et le gonflement qui pourraient exister. On préviendra ensuite un relâchement ultérieur, et on s'opposera au renouvellement du déplacement, non seulement par l'emploi des lotions astringentes et toniques que nous avons indiquées pour les chutes partielles et incomplètes du vagin, mais encore par

l'introduction dans ce canal, d'éponges imbibées des mêmes liquides, et de petits sachets remplis des subtances qui ont servi à préparer les lotions. On pourra également recourir à l'usage d'un pessaire adapté à la forme de la cavité vaginale, et laissé en place jusqu'à ce qu'il se soit déterminé un peu d'inflammation qui, ainsi que dans l'exemple que nous avons rapporté d'après *Schacher* (loc. cit.), peut suffire pour obtenir une guérison radicale. Si la membrane déplacée était le siége d'eschares gangréneuses étendues, les scarifications recommandées par *Heister* (1) ne pourraient qu'être avantageuses. Dans ce cas et dans tous les autres, il sera bon de tonifier toute la constitution par l'usage interne des eaux ferrugineuses acidules froides, telles que celles de Passy, de Spa, de Forges etc.

Lorsque la maladie est ancienne, la tumeur devient souvent irréductible ou du moins offre beaucoup de difficulté pour opérer sa réduction, parce qu'alors la membrane procidente se tuméfie et devient le siége de duretés, d'excoriations et même d'ulcérations. Dans ces cas malheureux, on doit tâcher de diminuer, autant que possible, les douleurs et les incommodités qui sont les conséquences de cette affection, en conseillant à la malade de soutenir les parties déplacées, avec une compresse enduite de cérat opiacé

(1) Institut. chirurg. de vulvæ procidentia. t. II. cap. CLVIII. page 1032.

et maintenue au moyen d'un suspensoire et d'un bandage en T. Le célèbre accoucheur *Levret* (1) et M. *Hoin* (2) d'Orléans, rapportent qu'au moyen du repos et de décubitus dorsal, on parvint à réduire tellement une chute du vagin qui faisait une saillie de sept pouces, qu'au bout d'un mois il fut possible de faire rentrer le reste de la tumeur. *Richter* (3), conseille de réduire le prolapsus vaginal, qui offre des difficultés en employant la méthode suivie par quelques auteurs pour opérer la réduction des hernies épiploïques volumineuses. Cette méthode consiste à faire coucher la malade sur le dos, les fesses un peu élevées, et à maintenir une douce pression sur la tumeur, en même temps qu'on prescrit une diète prolongée et qu'on administre des purgatifs mercuriels.

Au lieu de se borner à réduire la membrane procidente et à la maintenir réduite au moyen d'un pessaire, M. *Dieffenbach* a pensé qu'on pourrait appliquer dans ce cas la méthode adoptée depuis long-temps par *Dupuytren*, pour remédier à la chute du rectum.

Cet habile chirurgien de Berlin, après avoir opéré la réduction de la tumeur, excise au moyen de pinces et de bons ciseaux, tous les plis relâchés de la face interne des grandes lèvres. Cette opération, qui est toujours facile, doit être faite de manière que les plis enlevés

(1) Mémoires de l'acad. de chirurgie. tom. II.
(2) Essai sur les hernies rares et peu connues.
(3) Biblioth. and anfangsg derwundarzn. b. VII. cap. IV.

forment autant de rayons convergeants au centre du vagin, de telle sorte que leur extrémité supérieure doit pénétrer d'environ un pouce dans ce canal. Le traitement se borne à déterger chaque jour les petites plaies, ou bien si l'on désire les faire suppurer, à introduire une forte mèche, dont la base disposée en rayon, fournirait un petit faisceau à chacune des incisions. Le but de cette opération est de rétrécir considérablement l'entrée du vagin qui acquiert ainsi le degré de résistance qui lui manque. Pour obtenir le même resultat, MM. *Marshall* et *Heming* ont employé avec succès un procédé qui consiste à exciser un large lambeau elliptique de la membrane muqueuse et à réunir immédiatement la plaie par la suture. Ce moyen difficile et douloureux à apppliquer, nous semble moins convenable que celui mis en usage par M. *Dieffenbach*.

Si la malade voulait absolument être débarrassée de sa dégoûtante infirmité, si cependant la réduction ne pouvait être opérée à cause de la transformation et de la dégénérescence que la tumeur aurait subies, il ne resterait à opposer au mal que la résection de la portion excédente de la membrane, qui, au rapport de *Stalpart Van der Wiel* (1), de *J. A. Meckren* (2) et d'autres auteurs, a été pratiquée avec succès dans des cas semblables. Si l'on se

(1) *Observationes rariores medic.* t. II.
(2) *Observationes chirurg. observ.* 45.

décidait à ce moyen extrême, comme l'a fait M. *Bérard* jeune (1), il faudrait, avant de tenter l'opération, non-seulement s'assurer de la disposition de la vessie et du rectum, mais encore tâcher d'acquérir la certitude que le vagin seul est tombé et que l'utérus n'est pas compris dans la masse; enfin on devrait suivre le conseil du professeur *Boyer*, c'est-à-dire, ne pas se décider légèrement à recourir à cette dernière ressource, qui est loin d'être sans danger.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans ajouter qu'il faut prendre garde de confondre la chute de la membrane interne du vagin, avec l'invagination de ce canal dont nous allons exposer les caractères différentiels dans le chapitre suivant.

DE L'INVAGINATION DU VAGIN.

L'invagination du vagin consiste dans un déplacement des parois supérieures de ce canal, qui étant entraînées peu à peu par la matrice, en état de prolapsus, se renversent sur elles-mêmes et s'invaginent dans l'espace que laissent entre elles les parois vaginales qui sont plus rapprochées de la vulve.

Ce genre de prolapsus du conduit vulvo-utérin présente trois degrés qu'il est utile de signaler. Dans le premier degré, on observe à l'orifice de la vulve,

(1) *Velpeau*, Éléments de méd. opérat. t. III. p. 580.

une sorte de bourrelet, irrégulièrement plissé, plus ou moins saillant, et au milieu duquel on trouve au moyen du toucher, le museau de tanche qui dans ce cas est toujours plus bas qu'il ne doit l'être naturellement. Le cercle mollasse et rouge qui résulte de l'invagination des parois supérieures du vagin, est moins saillant et moins volumineux, lorsque la malade est restée depuis quelque temps dans la position horizontale; mais il augmente et devient beaucoup plus apparent, dans la position verticale, et fait éprouver non seulement un sentiment de pesanteur dans les aines et dans la région hypogastrique, mais encore un ténesme pénible et une grande difficulté d'uriner dépendant du changement de direction qui s'opère alors dans le canal de l'urètre.

Dans le second et le troisième degré, la tumeur, qui est plus alongée et d'une forme cylindrique, présente ainsi que dans le premier degré, à son extrémité libre ou inférieure, une ouverture irrégulière, qui forme l'entrée d'un canal étroit au fond duquel on trouve l'orifice utérin.

Dans quelques cas d'invagination du vagin, on trouve le col de la matrice considérablement alongé, et il peut être difficile de décider quelle est celle de ces deux lésions qui est la cause de l'autre; en effet, si l'on peut dire que l'alongement du col et son hypertrophie ont pu déterminer le prolapsus utérin et consécutivement l'invagination vaginale, on peut

bien soutenir que le col ne s'est alongé qu'après l'existence du prolapsus de la matrice, en se portant insensiblement vers le point où il n'éprouvait aucune résistance, tandis que le corps de l'organe gestateur est encore retenu à une certaine hauteur par ses ligaments et ses attaches naturelles.

L'invagination vaginale est en général regardée par tous les auteurs modernes comme étant une lésion secondaire et symptômatique du prolapsus utérin, qui en est la cause déterminante.

Lorsque la maladie est ancienne, et surtout si la femme est restée long-temps sans secours, le bourrelet devient le siége d'un engorgement, la tumeur s'alonge et se durcit de plus en plus, en conservant toujours une ouverture inférieure par laquelle le sang des règles s'écoule comme du museau de tanche, à chaque époque menstruelle; enfin par sa forme et sa couleur, la partie saillante qui résulte de l'invagination offre quelquefois assez de similitude avec le corps de la matrice en état de prolapsus complet, pour que plusieurs praticiens s'y soient trompés, entr'autres *Bartholin*, *Widmann*, *Job a Meckreen*. Il est inutile de dire qu'avec la moindre attention on peut toujours éviter de tomber dans une semblable erreur.

L'invagination du vagin diffère du boursoufflement et de la chute de la membrane interne de ce canal, parce que le premier de ces déplacements ne peut commencer que vers la partie supérieure de ce con-

duit, et dans le voisinage du col utérin, tandis que le renversement de la muqueuse vaginale peut s'effectuer à toutes les hauteurs. Dans le premier cas c'est-à-dire dans l'invagination, le doigt remonte jusqu'à l'utérus et reconnaît que le fond du vagin replié revient sur lui-même pour accompagner l'organe gestateur qui est toujours déplacé; dans le second cas, ou plutôt dans le prolapsus de la membrane interne, l'indicateur introduit entre le bourrelet et la circonférence de l'ouverture, se trouve arrêté par le repli que forme la muqueuse relâchée, pour se porter au dehors. Enfin l'invagination accompagne toujours le prolapsus de la matrice, tandis que le renversement de la membrane interne du vagin a lieu ordinairement sans qu'il y ait déplacement de l'organe gestateur.

La tumeur résultant de la lésion qui nous occupe, est sujette à s'enflammer, à s'ulcérer et à déterminer les accidents qui peuvent être le résultat de ces lésions. Le moyen de prévenir ou de remédier à ces suites fâcheuses, est d'effectuer le plus tôt possible la réduction des parties déplacées, et de les maintenir réduites à l'aide d'un pessaire et des autres moyens que nous avons indiqués en parlant du prolapsus de la matrice; c'est en remédiant à ce dernier déplacement qu'on fera cesser celui du canal vulvo-utérin, qui en est la conséquence.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE PREMIÈRE.

Figure 1re. *Spéculum* de M. Récamier, modifié par l'auteur, en ce sens que le manche de l'instrument se replie. Voyez page 108.

Fig. 2e. *Spéculum* brisé à six branches. Page 107.

Fig. 3e. Embout du même instrument.

Fig. 4e. *Hystéroscope*, ou miroir réflecteur pour projeter un cône lumineux sur le col de la matrice pendant l'application du spéculum. Page 111.

Fig. 5e. *Levier à manche* vu de profil pour redresser le col.

Fig. 6e. *Levier brisé* et terminé d'un côté par une pince à coulisse destinée à saisir de la charpie ou du linge pour nettoyer l'intérieur du spéculum ou le museau de tanche. Page 111.

Fig. 7. *Ciseaux emporte-pièce* pour perforer la membrane de l'hymen sans la détruire, lorsqu'elle s'oppose à l'écoulement des règles. Cet instrument est aussi très-commode pour exciser les végétations et les petites tumeurs siégeant sur le museau de tanche. Page 158.

Fig. 8e. *Couteau à lame extrêmement convexe* pour séparer les lèvres de la vulve et les parois du vagin, lorsqu'elles sont agglutinées. Page 188.

Fig. 9e. *Dé* terminé par une petite lame à rondache pour la même opération. Page 188.

Fig. 10e. *Pessaire* en caoutchouc insufflé d'air, qui doit être ôté tous les soirs lorsqu'on est couché, et remis le matin avant de sortir du lit. Il est bon d'en avoir deux, afin de pouvoir les changer tous les jours, et en laisser un dans l'eau fraîche. Ce pessaire, quoique très-léger, soutient très-bien la matrice, et n'a pas les inconvénients qu'on reproche aux autres. Page 256.

Fig. 11e. *Pessaire* dont la cuvette est taillée en biseau, pour tenir redressé le col de la matrice dans l'antéversion et la rétroversion. Page 290.

PLANCHE DEUXIEME.

Fig. 1re. *Aiguille à manche* du docteur *Vidal de Cassis*, pour la suture du périnée. Page 503.

Fig. 2e. *Spéculum* de M. *Charière*, pour explorer les parois vaginales, et pour opérer les fistules vagino-vésicales et recto-vaginales.

Fig. 3e. *Pièce mobile* du même spéculum, qui s'adapte avant son application, et peut s'enlever facilement selon les indications.

Fig. 4e. *Embout* de l'instrument.

Fig. 5e. *Porte-caustique* pour la cautérisation des fistules vaginales, et sur lequel on peut fixer un pinceau de charpie pour cautériser le col utérin. P. 477.

Fig. 6e. *Cautère actuel* s'adaptant au manche du porte-caustique. Cet instrument est destiné à cautériser les bords durs et calleux des fistules vaginales. Page 475.

Fig. 7e. *Pince* à mors mobiles, et disposés de telle sorte qu'ils peuvent saisir les lèvres des fistules vaginales dans tous les sens, et quelle que soit leur direction. Page 487.

Fig. 8. *Petite lame à deux tranchants*, montée à angle droit, et disposée de manière à pouvoir couper d'avant en arrière, d'arrière en avant, de droite à gauche, de gauche à droite, et obliquement. Cet instrument est destiné à aviver les bords des fistules longitudinales, transversales et obliques. La lame A, qui a six lignes de longueur, peut être fixée dans tous les sens au moyen de la vis B, ce qui lui donne l'avantage de pouvoir couper dans toutes les directions, et aviver toutes les fistules. Page 488.

Fig. 9e. *Pince tranchante* à mors mobiles, destinée à aviver les bords des larges fistules. Page 488.

Fig. 10e. *Ciseaux* coupant d'arrière en avant, pour aviver les bords des fistules longitudinales.

Fig. 11e. *Ciseaux* pour aviver la lèvre antérieure des fistules transversales.

Nota. Avec ces quatre instruments on peut exciser les bords de toutes espèces de fistules vagino-vésicales et vagino-rectales, quelle que soit leur direction.

Fig. 12e. *Aiguille canelée* et en tire-bouchon, armée de son fil. Cet instrument est destiné à rapprocher, au moyen d'une ligature du pelletier, les lèvres des fistules longitudinales. Page 489.

Fig. 13e. *Extrémité de l'aiguille*, qui s'ajuste comme le fer de lance de l'aiguille à bec de lièvre.

Fig. 14e. *Le même instrument* fixé sur les bords de la fistule.

Fig. 15e. *La ligature* débarrassée de l'aiguille, et tenant rapprochés les bords de la fistule au moyen de la suture du pelletier.

PLANCHE TROISIÈME.

Fig. 1re. *Pince porte-aiguille*, à extrémité en col de cygne et à manche courbé, pour placer une anse de fil sur la lèvre postérieure des fistules transversales et obliques du vagin. Page 491.

Fig. 2. *Le même instrument*, vu sans son manche, ayant son extrémité vésicale tournée en sens inverse de celle du précédent, pour placer une anse de fil sur la lèvre antérieure des fistules transversales et obliques. Page 491.

Fig. 3e. *L'aiguille* armée de sa ligature, et séparée du porte-aiguille.

Fig. 4e. *Aiguille en tire-bouchon*, destinée à rapprocher les bords des fistules longitudinaires sans le secours d'un fil. Page 500.

Lorsque l'instrument est placé, il doit rester dans le vagin jusqu'à l'agglutination des bords. Le manche se démonte, et se sépare de l'aiguille au moyen d'une coulisse.

Fig. 5e. *Utéroceps*, ou érigne à huit crochets, pour saisir le col de l'utérus, ou les tumeurs polypeuses dont on veut faire la section. Page 690 et 812.

Fig. 6e. *Extrémités du même instrument* fixées sur le col utérin.

Fig. 7e. *Hystérotome* pour faire l'amputation du col de la matrice au fond du vagin.—Voyez, pour l'explication du mécanisme et l'indication des lettres, la page 694.

Fig. 8e. *L'hystérotome* fixé sur le col de la matrice et la lame portée en avant, comme pour faire la section qui a lieu par un mouvement circulaire.

Fig. 9e. *Lame montée en fer de faulx*, et fixée sur une tige

droite au moyen d'un coulant, pour couper au fond du spéculum les végétations et les petites tumeurs cancéreuses qui siégent sur le museau de tanche.

Fig. 10e. *Hystérolabe* ou sonde, dont l'extrémité se développe au moyen d'une vis de rappel, de manière à se fixer dans la cavité de la matrice, dans le cas où le col complètement détruit, rendrait trop difficile l'extirpation complète de ce viscère. Page 716.

Fig. 11e. *Extrémité du même instrument* disposée comme pour être introduite dans la cavité utérine.

Fig. 12e. *Lithotome coupant en sens inverse*, c'est-à-dire dans sa concavité, pour diviser les ligaments larges d'après le procédé de M. *Récamier*. Page 725.

Fig. 13e. *Pince porte-aiguille*, pour passer un fil à travers les ligaments utérins, et faire la ligature des artères utérines avant d'en faire la section. Page 725.

Nota. Quoique l'auteur ait décrit un procédé et inventé des instruments pour l'extirpation complète de la matrice, il est loin de conseiller cette opération, excepté dans le cas où l'organe est depuis long-temps dans un état de procidence.

PLANCHE QUATRIÈME.

Fig. 1re. *Polypodéon*, ou pince pour porter une ligature sur les polypes utérins. Page 804.

Fig. 2e. *Serre-nœud brisé*, pour les polypes utérins et vaginaux. Page 805.

Fig. 3e. *Couteau boutonné*, courbé sur son plat et coupant dans sa concavité, pour pratiquer l'excision des polypes de la matrice. Page 813.

Fig. 4e. *Compresseurs pour les seins squirrheux*. Cet appareil joint à l'avantage d'établir une compression plus locale sans comprimer le sein non malade, celui de pouvoir être desserré à volonté sans avoir besoin d'être enlevé. En y apportant quelque modification, il peut également être employé avec avantage, soit pour arrêter les hémorrhagies utérines au moyen de la compression de l'artère aorte à travers les parois abdominales, soit pour tenir rapprochés les os du pubis écartés pendant l'accouchement, ou à la suite de la symphyséotomie. Page 895.

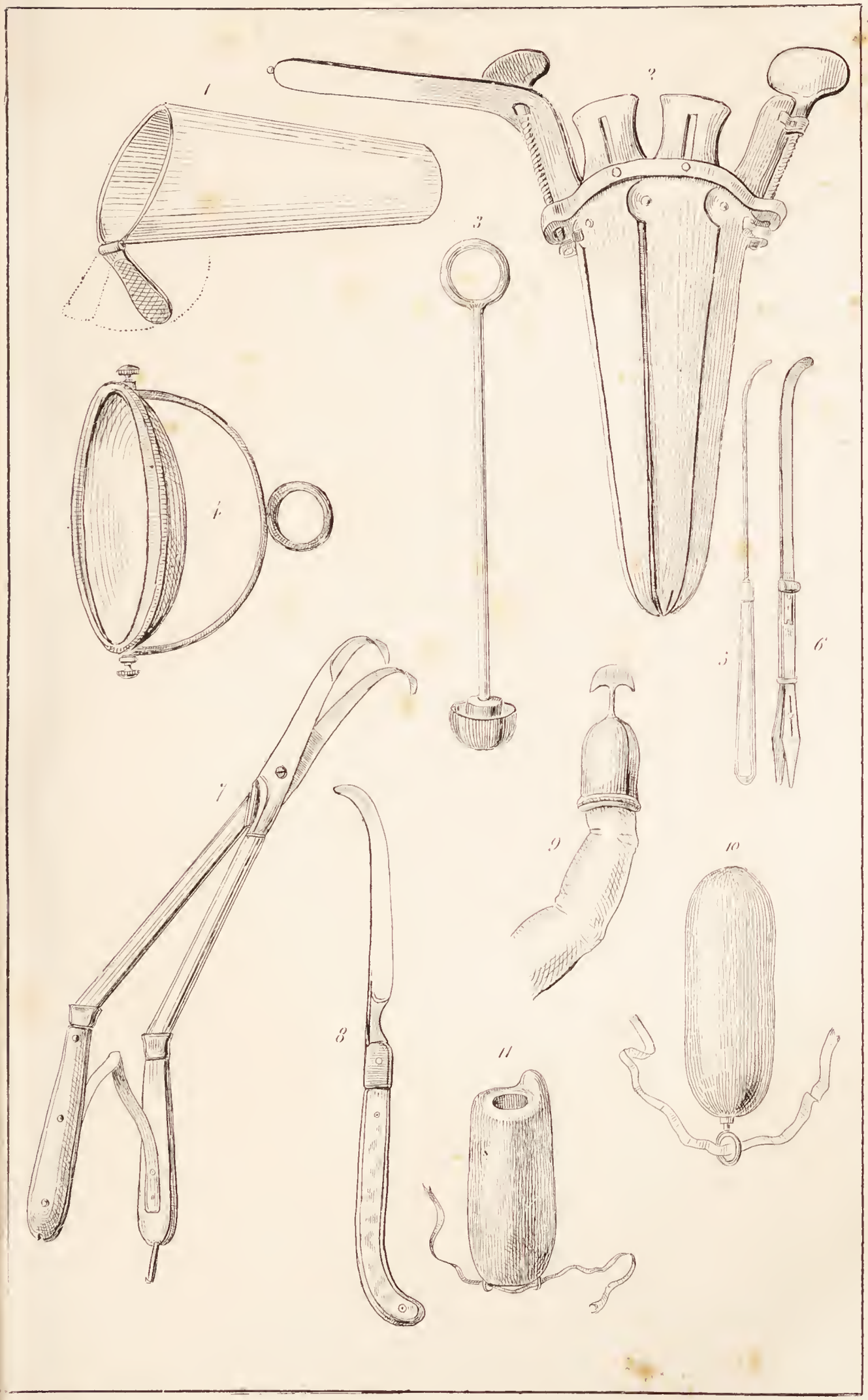
Fig. 6e *Plaque métallique du même instrument.*

Fig. 6e. *Pelote doublée de peau de daim*, et rendue flexible au moyen des ressorts métalliques qui sont disposés en rayons dans son intérieur. L'emploi de cette pelote ne dispense pas d'appliquer sur le sein des disques d'agaric.

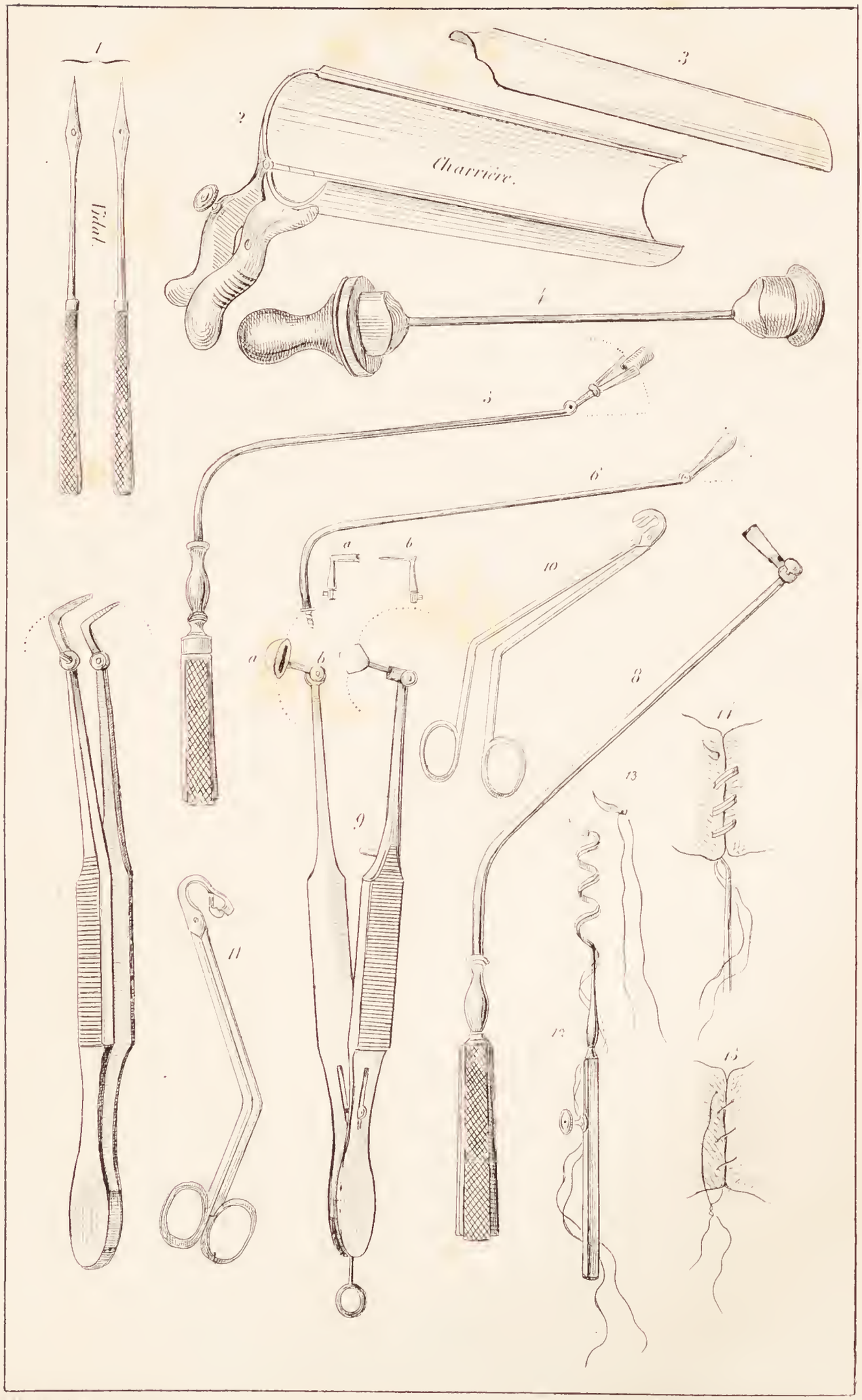
Fig. 7e. *Clé* pour serrer la vis, lorsqu'on veut augmenter ou diminuer la compression du sein.

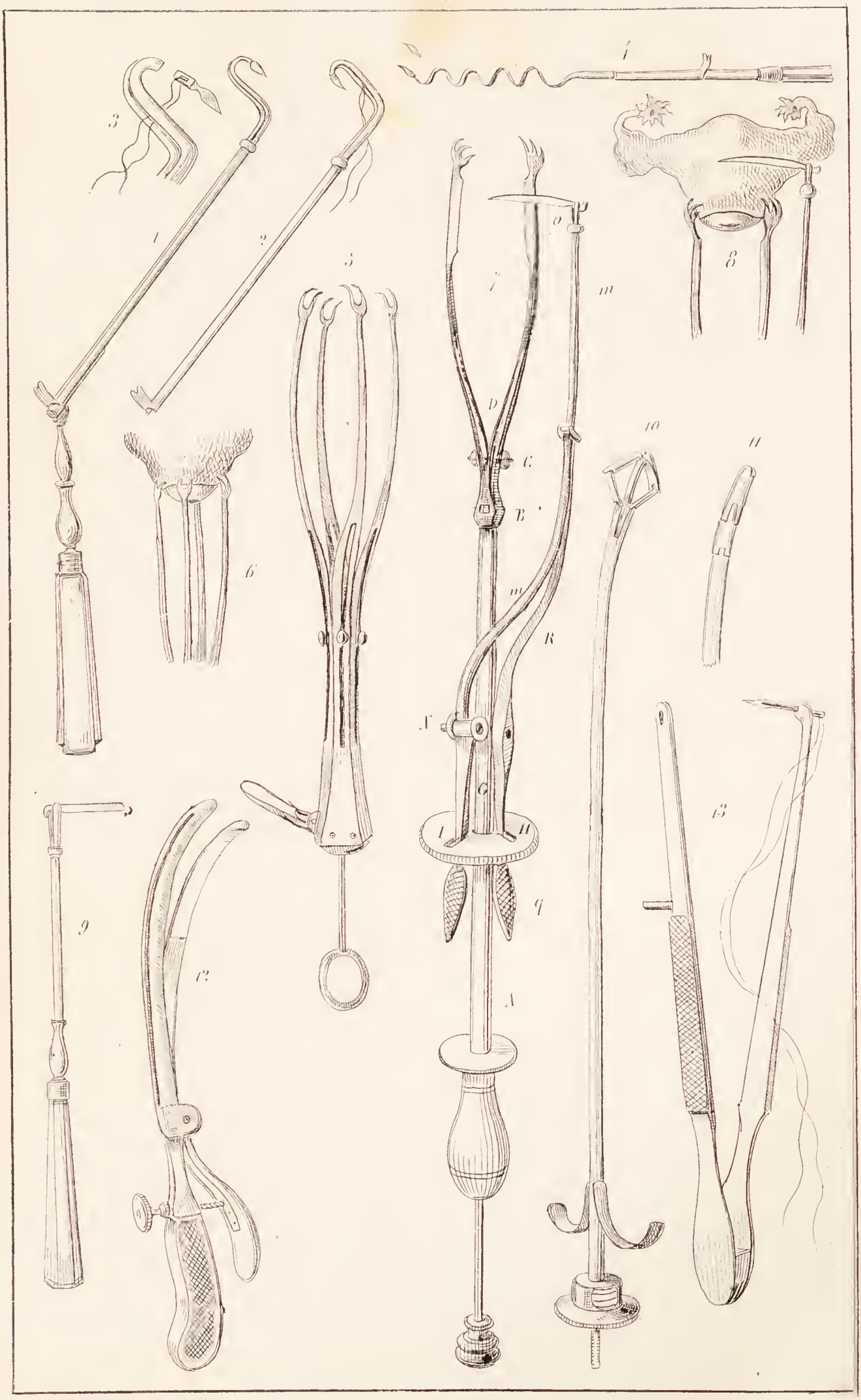
Fig. 8e. *Pince érigne*, très-commode pour saisir les grosses tumeurs cancéreuses du sein, lorsqu'on en fait l'extirpation. Page 907.

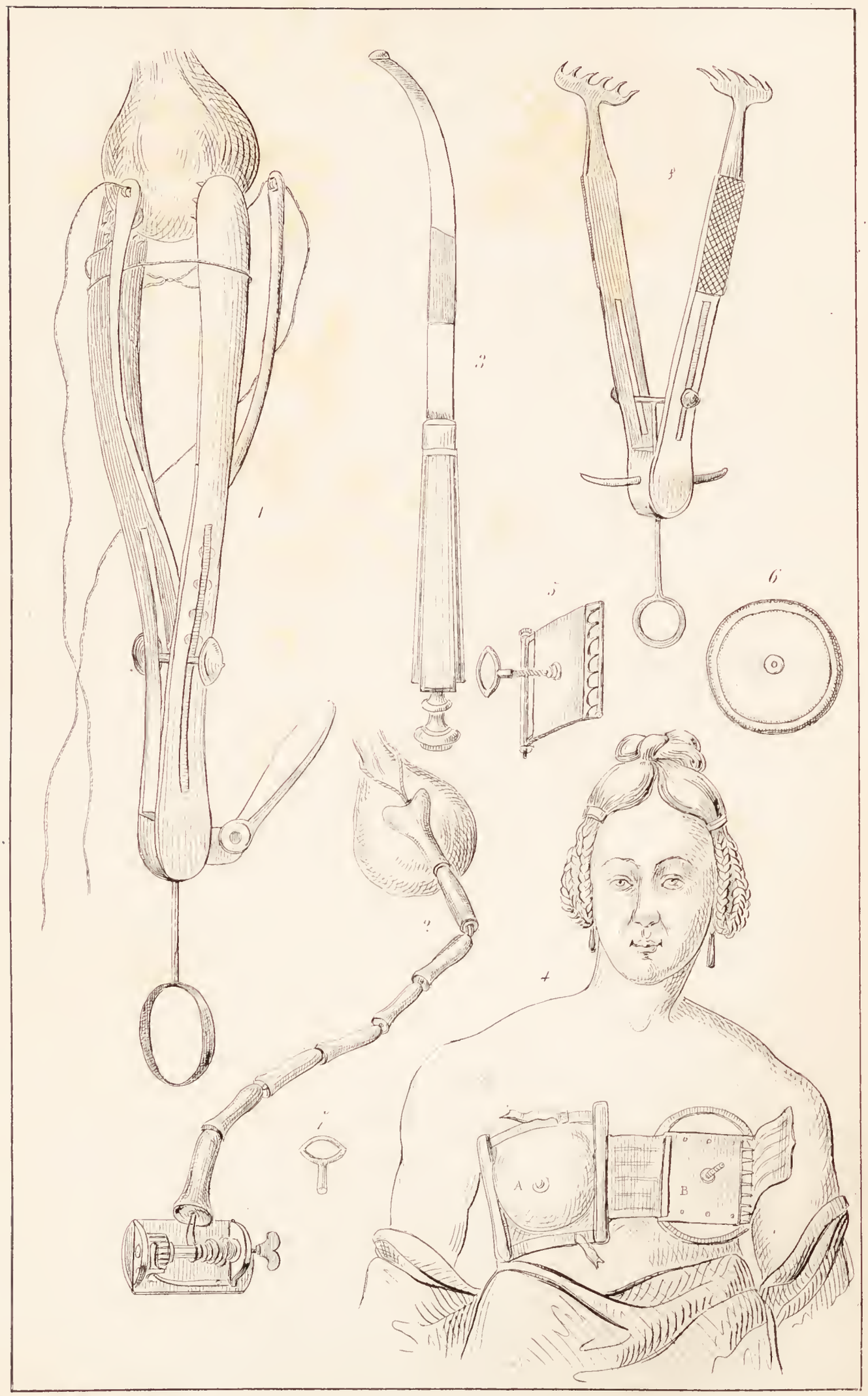
Pl. I.



Marie Baron del.


1
Vidal.
2
Charrière.
3
4
5
6
a
b
a
b
8
9
10
11
12
13
14
15


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
A
B
C
D
E
F
G
H
I
K
m
o
q


1
2
3
4
5
6
7
8
A
B

Librairie Médico-Chirurgicale.

ANCIENNE MAISON BÉCHET JNE,

LABÉ, SUCCESSEUR,

LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

4, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

Paris.

CATALOGUE

DES

OUVRAGES DE FONDS.

MÉDECINE, CHIRURGIE, ANATOMIE, PHYSIOLOGIE,
HISTOIRE NATURELLE, BOTANIQUE, PHYSIQUE, CHIMIE,
PHARMACIE, ART VÉTÉRINAIRE.

SEPTEMBRE 1842.

IMPRIMERIE DE FÉLIX LOCQUIN,
16, rue Notre-Dame-des-Victoires.

OUVRAGES SOUS PRESSE :

CAZENAVE. — LEÇONS PRATIQUES SUR LES MALADIES DE LA PEAU, professées à l'école de médecine en 1841-1842, publiées par fascicules avec planches gravées et coloriées.

L'ouvrage paraîtra par livraisons, tous les deux mois, chaque livraison sera composée de 3 à 4 feuilles de texte format in-folio, et de cinq planches gravées et coloriées avec beaucoup de soin. Prix 12 fr. chaque livraison, la première paraîtra le 15 novembre. (L'ouvrage se composera de 10 à 12 livraisons.)

COLOMBAT (de l'Isère). — TRAITÉ COMPLET DE MALADIES DES FEMMES et de l'hygiène de leur sexe. Nouvelle édition, augmentée des lésions relatives à la conception, à la grossesse, à l'accouchement, à l'allaitement. 3 vol. in-8. 1842. Prix : 16 fr.

CRUVEILLHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine Paris. — TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE. 2e ÉDITION revue, corrigée et augmentée, 1842-1843, 4 v. in-8.

GUERSENT, docteur-médecin, médecin de l'hôpital des Enfants, et **BLACHE**, médecin du prince royal et médecin de l'hôpi-tal Cochin. — TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANTS jusqu'à l'âge de puberté. 2 vol. in-8, sous presse, pour paraître incessamment.

HOLLARD, ÉTUDES SUR LA NATURE, pour servir à l'éducation de l'esprit et du cœur, comprenant les faits les plus importants de la Physique et de la Chimie générale, de l'Astronomie, de la Météorologie, de la Géologie, de la Botanique et de la Zoologie. Ouvrage couronné par la Société de la Morale Chrétienne qui lui a décerné un prix de 1,500 fr. Paris, 1843, 4 vol. in-12. 12 fr.

Catalogue.

LIVRES DE FONDS.

Nota. Les articles qui sont à la suite de chaque ouvrage ont été pris dans divers Journaux de médecine où ces ouvrages ont été analysés.

ALIBERT (le baron). —PHYSIOLOGIE DES PASSIONS, ou nouvelle doctrine des sentiments moraux, 2 vol. in-8. 3e édit. augmentée de deux chapitres sur les PASSIONS, l'AMOUR et la JALOUSIE. 1837, ornée de 17 belles gravures. 16 fr.

LE MÊME OUVRAGE, 4 vol. in-18, édition classique ornée de 4 gravures. Paris, 1842. 7 fr.

Cette édition étant destinée aux jeunes gens des deux sexes, nous avons cru devoir supprimer les deux chapitres sur l'*Amour et la Jalousie*, que contient l'édition in-8, par ce moyen nous procurons à la jeunesse un livre utile à son instruction morale et dont la lecture est du plus haut intérêt.

Le but moral de cet ouvrage, sur lequel tout est dirigé dans les différentes parties qui le composent, a inspiré une foule de détails précieux, peu susceptibles d'analyse, et qu'on trouvera avec plaisir dans les chapitres sur l'amour conjugal, l'amour maternel, l'amour paternel, l'amour filial, dont les titres annoncent assez l'importance.

On lira surtout avec le plus grand intérêt l'épisode philosophique qui termine si agréablement l'ouvrage; c'est le banquet de Plutarque avec sa famille; le tableau des mœurs domestiques est peint ici avec tout le charme de son antique simplicité.

ALIBERT. —PRÉCIS SUR LES EAUX MINÉRALES DE FRANCE les plus usitées, 1 fort vol. in-8, 1826. 8 fr.

—ANNUAIRE MÉDICO-CHIRURGICAL, ou répertoire général de clinique, par une société de médecins et de chirurgiens, 3 vol. in-8. 15 fr.

BARRAS, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des prisons. —TRAITÉ SUR LES GASTRALGIES ET LES ENTÉRALGIES, ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins. Tome 1er, 3e édition. 1829, 1 vol. in-8. 7 fr. 50 c.

Tome 2e, 2e éd., revue et considérablement augmentée, 1 v. in-8. 1839. 7 fr.

Prix des deux volumes ensemble. 14 fr.

—PRÉCIS ANALITIQUE SUR LE CANCER DE L'ESTOMAC, et sur ses rapports avec la gastrite chronique et les gastralgies. In-8. 1842. 2 fr. 50 c.

BARTH, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Paris, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, etc., etc.; **ROGER** (Henry), docteur en médecine, ancien interne-lauréat des hôpitaux, etc., etc. — TRAITÉ PRATIQUE D'AUSCULTATION, ou exposé méthodique des diverses applications de ce mode d'examen à l'état physiologique et morbide de l'économie. 1 fort vol. in-18. 1840. 4 fr. 50 c.

BARTHELEMY. — SYPHILIS, poème en deux chants, avec des notes. 1 vol. grand in-8. 1840. 3 fr.

BAUTIER—TABLEAU ANALYTIQUE DE LA FLORE PARISIENNE, d'après la méthode adoptée dans la Flore française de MM. de Lamarck et de Candolle, etc., 4e édit., corrigée et augment. 1839. in-18. br. 3 fr. 25 c.

BÉCLARD, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. — ÉLÉMENTS D'ANATOMIE GÉNÉRALE ou description de tous les genres d'organes qui composent le corps humain. 2e édit. augmentée d'un portrait d'une parfaite ressemblance et d'une notice biographique sur l'auteur; par M. Ollivier d'Angers, docteur en médecine. 1 vol. in-8°. de près de 700 pages. 1826. 9 fr.

BÉRARD (Aug.), agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker. — TRAITÉ DU DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES CHIRURGICALES, de ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs, vol. in-8°. 1837. 3 fr.

BÉRARD (Aug.). (Voyez Compendium de chirurgie pratique, page 9 du catalogue.)

BERNARD (Paul).—QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA VACCINE ET LA NÉCESSITÉ DES REVACCINATIONS. in-8. 1840. 1 fr. 50 c.

BERTIN, ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris. — TRAITÉ DE LA MALADIE VÉNÉRIENNE chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices, dans lequel on expose les différents modes de transmission de cette maladie des parents aux enfants, des enfants aux nourrices, et réciproquement; les symptômes qui la caractérisent, comparés avec ceux que présentent les femmes enceintes, les nourrices et les adultes en général, d'après un grand nombre d'observations recueillies à l'hôpital des vénériens; la méthode de traitement qu'on y suit, etc. 1 vol. in-8. 4 fr.

BESUCHET. — LA GASTRITE, considérée dans ses effets, dans ses causes et dans son traitement, ouvrage mis à la portée des personnes étrangères à l'art de guérir, troisième édit., revue et considérablement augmentée. in-8. 1840. 3 fr.

BEUDANT. — TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE MINÉRALOGIE, 2e édition, 2 forts vol. in-8, avec planches. 1832. 22 fr.

BICHAT. — RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LA VIE ET LA MORT; 5e édit., augmentée de notes; par M. MAGENDIE, membre de l'Institut et de l'Académie royale de médecine. 1830. in-8, br. 6 fr. 50 c.

M. le docteur Magendie a rendu un grand service à la science en donnant pour la seconde fois une nouvelle édition de l'ouvrage de Bichat. Aujourd'hui qu'il est devenu classique et que sa réputation ne peut plus croître, il était utile de le mettre à la portée des étudiants pour les garantir des écueils dans lesquels l'imagination de l'auteur l'a entraîné, et qui sont d'autant plus à craindre que, pour convaincre, Bichat a déployé tous les prestiges de son style animé.

Tel a été le but des notes jointes à cette édition, que l'on a cherché en outre à mettre au niveau des connaissances actuelles.

BILLARD, docteur en médecine. — DE LA MEMBRANE MUQUEUSE gastro-intestinale, dans l'état sain et dans l'état inflammatoire, ou recherches d'anatomie pathologique sur les divers aspects sains et morbides que peuvent présenter l'estomac et les intestins, ouvrage couronné par l'Athénée de médecine de Paris. 1 fort vol. in-8. 6 fr.

BOIVIN (Mad. Ve), anc. élève, ex-surveillante en chef de l'Hospice de la Maternité, gratifiée de la médaille du mérite civil de Prusse.—NOUVEAU TRAITÉ SUR LES HÉMORRHAGIES DE L'UTÉRUS, d'Edouard RYGBY et de STEWART-DUNCAN, avec 124 observations tirées de la pratique des deux auteurs; traduit de l'anglais, accompagné de notes. 1813. 1 vol. in-8 br. 6 fr. 50 c.

BOUSSOLE MÉDICALE, pour la conversion au nouveau système des anciens poids et mesures. Tirée sur carte, format de portefeuille. 30 c.

BOYER (le baron). — TRAITÉ COMPLET D'ANATOMIE DESCRIPTIVE DE TOUTES LES PARTIES DU CORPS HUMAIN; 4e édition. 1815. 4 vol. in-8. 22 fr.

— TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES et des opérations qui leur conviennent, 4e édition, 1831. 11 vol. in-8°. 50 fr.

Les tomes 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11 de la 3e édition se vendent séparément 5 fr. 50 c. chacun.

BOYER (le baron Ph.). — TRAITÉ PRATIQUE DE LA SYPHILIS, 1836. 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

BOYER (le baron Ph.). — DU PANSEMENT DES PLAIES. 1842. in-4. Prix: 3 fr.

BRESCHET. — HISTOIRE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE d'un organe de nature vasculaire découvert dans les cétacés, etc., etc. 1 vol. in-4., fig. 1836. 6 fr.

BROUSSAIS. — EXAMEN DES DOCTRINES MÉDICALES et des systèmes de nosologie généralement adoptés. Troisième édit. considérablement augmentée. 4 vol. in-8. 1829. 15 fr.

BULARD. — DE LA PESTE ORIENTALE, d'après les matériaux recueillis à Alexandrie, au Caire, à Smyrne et à Constantinople pendant les années 1833 à 1838. 1 vol. in-8. Paris, 1839. 6 fr.

BULLIARD. —HERBIER DE LA FRANCE, dictionnaire de botanique, histoire des champignons et des plantes vénéneuses et suspectes de la France. 1780-1793; 7 vol. in-fol., 602 planches, figures coloriées. Il n'en reste plus que vingt exemplaires parfaitement complets.

Cartonné à la Bradel. 350 fr.
Relié en basane, filets. 400 fr.
Et en feuilles. 300 fr.

CABANIS.— RAPPORTS DU PHYSIQUE ET DU MORAL DE L'HOMME. 4e édition revue et augmentée de notes par E. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine de Paris, 1824, 2 vol. in-8, imprimés sur papier satiné. 14 fr.

Dans cet ouvrage, l'auteur a recherché, non point quelle était la nature du principe qui anime les corps vivants, mais bien de quelle manière agit ce principe pour produire la vie avec toutes ses conséquences. Locke, Condillac et leurs disciples ont prouvé que toutes nos idées sont le produit des sensations. Cabanis a montré comment les sensations produisent les idées; il a dévoilé les rapports qui existent entre l'organisation physique de l'homme et ses facultés intellectuelles et morales.

Cet écrit est un des plus beaux morceaux de haute philosophie que nous ayons.

CAZENAVE, docteur en médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., et **SCHEDEL,** docteur médecin, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis. — ABRÉGÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, d'après les auteurs les plus estimés et surtout d'après les documents puisés dans les leçons de clinique de M. le docteur Biett, médecin de l'hopital St-Louis, 3e édition revue et considérablement augmentée, suivie d'un nouveau formulaire ou Recueil des principales formules employées par M. Biett, à l'hôpital Saint-Louis, et dont un grand nombre ont été introduites par lui dans la thérapeutique des maladies de la peau. Un fort vol. in-8., figures coloriées. 11 fr.

Cet ouvrage est d'un grand secours à tous les praticiens éloignés de la capitale qui ont besoin d'apprendre à bien connaître une des parties les plus intéressantes de l'art, d'approfondir les règles relatives au traitement des maladies cutanées, qui sont si nombreuses et si variées. On ne saurait étudier ces maladies avec fruit à l'aide d'une traduction plus ou moins fidèle de l'ouvrage de Batemann, qui n'est lui-même qu'un traité incomplet, et qui renferme des erreurs. Le prix du grand ouvrage de M. Alibert est trop élevé pour être à la portée de tout le monde. Il fallait donc

un livre essentiellement pratique, qui, dépouillé de tous détails inutiles, présentât les faits d'une manière succinete, mais exaete, d'après l'ordre le plus généralement suivi. Ce sont ees eonditions que réunit l'Abrégé pratique de MM. Cazenave et Schedel. Ajouter que cet ouvrage est publié sous les auspiees de M. le docteur Biett, c'est offrir au public toutes les garanties possibles.

CAZENAVE, médecin de l'hôpital de St.-Louis, professeur agrégé à la faculté de médeeine, etc. — TRAITÉ DES SYPHILIDES, OU MALADIES VÉNÉRIENNES DE LA PEAU, précédé de considérations sur la syphilis, son origine, sa nature, etc. 1 volume grand in-8, accompagné d'un Atlas in-folio de 12 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées avec beaucoup de soin. (pour paraître fin septembre 1842.) 30 fr.

CAZENAVE. — LECONS PRATIQUES SUR LES MALADIES DE LA PEAU, professées à l'école de médecine en 1841-1842, publiées par fascicules avec planches gravées et coloriées. L'ouvrage paraîtra par livraisons, tous les deux mois, chaque livraison sera composée de 3 à 4 feuilles de texte format in-folio, et de cinq planches gravées et coloriées avec beaucoup de soin. Prix 12 fr. chaque livraison, la première paraîtra le 15 novembre. (L'ouvrage se composera de 10 à 12 livraisons.)

CHASSAIGNAC (E.), docteur en méd., agrégé à la Faculté de médecine, médecin du bureau central des hôpitaux.

DE LA CIRCULATION VEINEUSE. 3 fr.

— LE CŒUR, LES ARTÈRES ET LES VEINES. 3 fr.

CHEVALLIER, professeur adjoint à l'école de pharmacie de Paris, membre de l'Académie royale, etc., et **IDT**, pharmacien à Lyon. — MANUEL DU PHARMACIEN, ou précis élémentaire de pharmacie, etc. 2 forts vol. in-8. 2e édition, considérablement augmentée. 1831. 7 fr.

Les auteurs ont, dans eette édition, apporté tous les changements que nécessitaient les progrès des seiences pharmaceutiques. Pour répondre au désir des pharmaeiens, ils y ont ajouté un très grand nombre de formules; sans adopter la nouvelle nomenclature pharmaeeutique, ils ont fait connaître : 1° la nomenclature de M. Chéreau et ses modifications; 2° celle donnée tout récemment par M. Béral.

CHEVALLIER, RICHARD et **GUILLEMIN.** — DICTIONNAIRE DES DROGUES SIMPLES ET COMPOSÉES, ou Dictionnaire d'histoire naturelle médicale, de pharmacologie et de chimie pharmaceutique. 1827-1829, 5 vol. in-8. fig. 34 fr.

Cet ouvrage réunit toutes les connaissances relatives à la pharmaeie. La botanique, l'histoire naturelle, la ehimie, y sont traitées avec le plus grand soin; la deseription des instruments, des proeédés, est suecincte, mais faite avec clarté et précision; les formules, tirées des meilleurs auteurs, y sont rapportées avec exactitude. Chaque produit est traité de la

manière suivante : 1° sa nomenclature ; 2° l'historique de sa découverte ; 3° sa description ; 4° son mode de préparation ; 5° ses usages ; 6° s'il est vénéneux, les moyens les plus propres à le faire reconnaître ; 7° les antidotes à lui opposer lors de son introduction dans l'économie animale ; 8° les résultats des analyses faites par les chimistes français et étrangers ; 9° les doses auxquelles on administre ce produit employé comme agent thérapeutique.

D'après l'un des rédacteurs du *Journal de Chimie médicale*, M. Robinet, *cet ouvrage est exécuté avec tant de zèle, qu'on trouve dans l'ouvrage des faits dont la découverte date à peine de quelques jours.*

CHRESTIEN. De la Percussion et de l'Auscultation dans les maladies chirurgicales, Paris, 1842, in-8°. 2 fr.

CLOQUET (Jules), chirurgien en chef de la clinique de la Faculté, professeur à la Faculté de médecine. — MANUEL D'ANATOMIE DESCRIPTIVE DU CORPS HUMAIN, représentée en planches lithographiées 1826-1831. 56 livraisons in-4. fig. noires. 140 fr.
Fig. coloriées. 280 fr.

COLOMBAT (de l'Isère). — TRAITÉ COMPLET DE MALADIES DES FEMMES et de l'hygiène de leur sexe. Nouvelle édition, augmentée des lésions relatives à la conception, à la grossesse, à l'accouchement, à l'allaitement. 3 vol. in-8. 1842. Prix : 16 fr.

Ce traité théorique et pratique, présentant un tableau complet de la pathologie et de la thérapeutique médico-chirurgicales des maladies particulières aux femmes, est divisé en dix sections qui comprennent : 1° L'histoire des changements physiques, moraux et physiologiques qui s'opèrent chez la femme à chaque phase de son existence ; 2° les variétés de conformation, l'anatomie chirurgicale des organes sexuels et les sympathies de la matrice ; 3° les différents modes d'exploration des parties génitales, et l'histoire du spéculum ; 4° les causes générales avec un tableau synoptique des maladies des femmes ; 5° les lésions de forme et de développement ; 6° les lésions de situation ; 7° les lésions physiques ; 8° les lésions vitales ; 9° les lésions de fonctions ; 10° l'hygiène spéciale de la femme. Ce qui distingue surtout cet ouvrage et le rend doublement utile, c'est qu'aucune monographie sur le même sujet ne traite de l'hygiène des femmes, et n'est aussi complète sous le rapport historique et littéraire. Toutes les opinions et les tentatives des médecins anciens et modernes y sont signalées avec impartialité, et en rapportant un grand nombre de faits curieux, épars dans une multitude de traités, de mémoires, de recueils et de journaux français et étrangers, l'auteur a toujours cité scrupuleusement les sources où il a puisé.

— NOUVEAU TRAITÉ DU BÉGAIEMENT ou recherches théoriques et pratiques sur les causes, les variétés et le traitement de tous les vices de la parole, troisième édition. Paris, 1840, 2 vol. in-8, fig. 12 fr.

COMPENDIUM DE CHIRURGIE PRATIQUE, ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies ré-

clament; par M, A. Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, etc.; et M. C. Denonvilliers, docteur en médecine agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du bureau central des hôpitaux, etc.

MODE DE PUBLICATION.

Le *Compendium de chirurgie pratique* sera publié par livraisons de 160 pages de texte, format grand in-8, équivalant à 40 feuilles imprimées en caractères ordinaires et de format in-8, c'est à dire à 640 pages d'impression; toutes les fois que des planches seront jugées nécessaires pour faciliter l'intelligence du texte, elles seront ajoutées; les livraisons au nombre de douze à seize, formeront trois ou quatre volumes grand in-8., imprimés sur deux colonnes.

Le prix de chaque livraison est fixé à 3 fr. 50 c. pour Paris, et 4 fr., franc de port, par la poste; cette augmentation n'aura lieu qu'à la mise en vente de la 5e livraison. Les quatre premières livraisons sont en vente.

COOPER (Astley). — ŒUVRES CHIRURGICALES COMPLÈTES, traduites de l'anglais, avec des notes par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et G. Richelot, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Les œuvres chirurgicales de sir A. Cooper se composent de quatre Traités généraux et d'un grand nombre de Mémoires sur plusieurs des points les plus importants de la chirurgie, tels que les *anévrysmes, les maladies des voies urinaires, les tumeurs, la surdité, etc.*

Les quatre Traités sont les suivants : —TRAITÉ DES LUXATIONS ET DES FRACTURES DES ARTICULATIONS; TRAITÉ DES HERNIES, TRAITÉ DES MALADIES DU TESTICULE; TRAITÉ DES MALADIES DU SEIN. Paris, 1837, 1 fort vol. in-8. 14 fr.

CRUVEILHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. — TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE. 2e édition, revue, corrigée et augmentée, 1842—1843, 4 v. in-8.

— ANATOMIE DU SYSTÈME NERVEUX DE L'HOMME, première livraison contenant le *centre nerveux céphalo-rachidien*, 2 planches de grandeur naturelle. La deuxième livraison contient les muscles de la face.

Chaque livraison formera une partie complète et se vendra séparément. Prix de chaque livraison. 8 fr.

— VIE DE DUPUYTREN. Paris, 1841. in-8. 1 fr. 25 c.

DECANDOLLE.—PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE, ou exposition des forces et des fonctions des végétaux pour servir de suite à l'organographie végétale et d'introduction à la botanique géographique et agricole. 1832. 3 vol. In-8. 20 fr.

DELAFOND, professeur à l'école d'Alfort. — TRAITÉ SUR LA POLICE SANITAIRE DES ANIMAUX DOMESTIQUES, ouvrage comprenant :

L'Histoire, les causes générales, les distinctions, la contagion du typhus du gros bétail, des maladies charbonneuses, de la péripneumonie et de l'angine gangréneuses ; de la morve, du farcin, de la rage, du piétin, des maladies aphtheuses, de la gale, de la dysenterie, etc., etc. La contagion et la non contagion de ces maladies à l'espèce humaine. Les lois, les arrêts, les ordonnances applicables à ces maladies. Les mesures préservatrices et extirpatrices à faire exécuter. Les usages que l'on peut tirer des produits cadavériques. Une nombreuse série de rapports aux autorités. Ouvrage utile aux vétérinaires, et aux autorités civiles et militaires, etc. 1 fort vol. in-8. 1838. 9 fr.

DELAFOND. — TRAITÉ DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE VÉTÉRINAIRES. 1re partie, Pathologie générale. 1 vol. in-8. 1838. 5 fr.

2e partie, Thérapeutique générale. 1 vol. 1842. 6 fr.

DELAFOND et **LASSAIGNE**, professeurs à l'École vétérinaire d'Alfort. — TRAITÉ DE L'HISTOIRE NATURELLE ET MÉDICALE DES SUBSTANCES USITÉES DANS LA MÉDECINE DES ANIMAUX DOMESTIQUES, suivi d'un traité élémentaire de PHARMACIE VÉTÉRINAIRE, THÉORIQUE ET PRATIQUE. 1 fort vol. in-8. avec des planches intercalées dans le texte. Paris, 1841. 8 fr.

DENIS (P.-S.).—ESSAI SUR L'APPLICATION DE LA CHIMIE A L'ETUDE PHYSIQUE DU SANG DE L'HOMME, et à l'étude physiologique, hygiénique et thérapeutique des altérations morbides de cette humeur. Ouvrage présenté à l'Académie des Sciences, le 2 janvier 1838. in-8. 4 fr. 50 c.

DENONVILLIERS. (Voyez COMPENDIUM DE CHIRURGIE PRATIQUE.)

DESCHAMPS et **DESMYTTÈRE.**— PRÉCIS ÉLÉMENTAIRE DE LA SAIGNÉE ET DE LA VACCINE, DE BOTANIQUE MÉDICALE ET DE PHARMACOLOGIE, à l'usage des sages-femmes et des officiers de santé. 1 vol. in-8. 6 fr.

Ouvrage approuvé par M. le ministre de l'instruction publique, et placé, par sa décision du 24 juin 1837, au rang des livres classiques à l'usage des élèves sages-femmes de l'école d'accouchement de Paris.

DESCURET (**J.-B.-F.**), docteur en Médecine, et docteur ès-lettres. — LA MÉDECINE DES PASSIONS, ou des passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion. 1 fort volume in-8. de 800 pages. Paris, octobre 1841. Prix : 8 fr.; cavalier vélin, 11 fr.

DIVISION DE L'OUVRAGE.

DES PASSIONS EN GÉNÉRAL.— De la définition des Passions. — De leur division; théorie nouvelle des besoins. — De leur siège. — De leurs causes. — Des signes qui les font reconnaître. — De leur marche complication et terminaison. — De leurs effets sur l'organisme et sur la société. — De leur traitement médical, législatif et religieux. — Des Pas-

sions comme moyen thérapeutique. — Des Passions dans leurs rapports avec la folie. — Des Passions chez les animaux.

DES PASSIONS EN PARTICULIER. — PASSIONS ANIMALES : *De l'Ivrognerie. — De la Gourmandise. — De la Colère. — De la Paresse. — De la Peur. — Du Libertinage.* — PASSIONS SOCIALES : *De l'Amour. — De l'Orgueil et de la Vanité. — De l'Ambition. — De l'Envie et de la Jalousie. — De l'Avarice. — De la Passion du Jeu. — Du Suicide. — Du Duel. — De la Nostalgie.* — PASSIONS INTELLECTUELLES OU MANIES : *Manie de l'Étude. — Manie de la Musique. — Manie de l'ordre. — Manie des Collections. — Du Fanatisme artistique, politique et religieux.*

Le docteur Descuret s'est efforcé de faire rentrer dans l'étude de la médecine proprement dite, celle des passions, qui semblait être du domaine exclusif de la philosophie. Rejetant les prétentions opposées, mais également exagérées de l'organicisme et du spiritualisme purs, il a donné un système des passions fondé sur l'union intime et inattaquable de la physiologie et de la métaphysique.

Ce livre est essentiellement médical, et par le fond et par la forme. Par la forme : l'auteur a su s'astreindre à la méthode sévère des nosologistes, tout en conservant l'élégance du style et le charme de l'exposition. Ainsi pour chaque passion, il présente en autant de paragraphes la définition toujours heureuse ; la synonymie, critique fine et animée des opinions des auteurs les plus célèbres ; les causes organiques et morales; le caractère ou diagnostic ; les effets, la terminaison, le traitement médical, législatif et religieux ; enfin il termine par des observations pleines d'intérêt et presque toujours neuves.

Par le fond : l'auteur admet comme principe fondamental que l'homme est *une intelligence déchue luttant contre des organes;* que les passions naissent de cette lutte ; qu'elles sont l'expression des *besoins* physiques, moraux et intellectuels violemment sentis ou pervertis ; qu'elles sont répandues dans tout l'organisme ; que le système nerveux cérébro-spinal et trisplanchnique est à la fois leur aboutissant et leur point de départ ; qu'il est en quelque sorte le conducteur qui les fait se communiquer de la matière à l'esprit et de l'esprit à la matière ; que les passions retentissent de préférence sur l'appareil prédominant ou sur l'organe malade.

Comme conséquence d'une théorie aussi large et aussi complète, M. Descuret recherche la cause des passions dans tous les replis de l'organisme, invoquant tout ensemble les influences du dedans et celles qui viennent du monde extérieur. Dans un chapitre tout à fait neuf, il consigne les résultats de ses recherches sur les effets organiques des passions qu'il a suivis jusque sur le cadavre. Dans le chapitre consacré au traitement, il apprend à se servir tour à tour des moyens thérapeutiques pour la guérison des passions, et des moyens moraux pour la guérison des maladies. Dans un autre chapitre non moins remarquable, l'auteur enseigne l'art dangereux, mais si souvent nécessaire, de combattre les passions par elles-mêmes et de les opposer aux maladies.

Ajoutons que la plupart des questions relatives aux passions en général

ou à chacune d'elles en particulier, sont éclairées de tout ce qu'a pu fournir de lumière la statistique moderne en France et à l'Etranger.

Pour nous résumer, la *Médecine des Passions* est l'œuvre d'un praticien habile, d'un écrivain élégant, d'un philosophe aimable ; c'est surtout l'œuvre d'un homme consciencieux, d'un homme de bien. Ch. D'A.

DEVILLIERS (Fils). — NOUVELLES RECHERCHES SUR LA MEMBRANE HYMEN et les caroncules hyménales. in-8. avec 4 planches. 1840. 1 fr. 75 c.

DEZEIMERIS, docteur en médecine, bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris. — DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA MÉDECINE ANCIENNE ET MODERNE, ou Précis de l'Histoire générale, technologique et littéraire de la Médecine ; suivi de la Bibliographie médicale du XIVe siècle, et d'un répertoire bibliographique par ordre de matières. 4 volumes in-8° en 7 parties de 400 pages chacune. 35 fr.

Le texte est semblable à celui du Dictionnaire de médecine, et la Bibliographie imprimée sur deux colonnes est en plus petit caractère. Chaque volume est divisé en deux parties.

Un choix judicieux parmi les milliers de noms d'auteurs qui surchargent la légende médicale, et qui sont bien loin de mériter tous les honneurs de la biographie ; du tact, de la mesure et une juste sévérité ; des jugements impartiaux, concis et pourtant complets sur les hommes et sur leurs travaux ; enfin, une manière large dans les aperçus historiques sur les diverses branches de la science : telles sont les qualités qui le distinguent et qui placent ce dictionnaire au rang des meilleures publications de notre époque.

Cet ouvrage ne peut manquer d'obtenir un brillant succès : indispensable à tous les médecins qui veulent écrire, il deviendra bientôt nécessaire à ceux mêmes qui se livrent exclusivement à la pratique de l'art. Peut-être même sera-ce à ces derniers qu'il rendra le plus de services : n'ayant que peu de temps à consacrer à leurs lectures, ils trouveront là tout ce qu'il leur importe de savoir sur les théories et les doctrines passées et surtout un guide sûr pour les diriger dans le choix des livres qu'ils auront à consulter sur chaque maladie.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, par MM. Adelon, Béclard, Biett, Breschet, etc., etc. Paris, 1821-1828. 21 vol. in-8. 100 fr.

DICTIONNAIRE DE MEDECINE ou répertoire général des sciences médicales considérées sous les rapports théorique et pratique ;
par MM. Adelon, Béclard, Biett, Blache, Breschet, Calmeil, Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Dance, Desormeaux, Dezeimeris, P. Dubois, Ferrus, Georget, Gerdy, Guersent, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Laugier, Littré, Louis, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier d'Angers, Orfila, Oudet, Pelletier, Pravaz, Raige-Delorme, Reynaud, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeyran, Trousseau, Velpeau, Villermé, 2e édition *entièrement refondue.* Tome 25. Ple.-Poul. Prix : chaque vol. 6 fr.

Conditons de la souscription.

Cette seconde édition du Dictionnaire de médecine, en raison des additions faites aux articles de médecine et de chirurgie pratiques et des parties toutes nouvelles qui y seront traitées, et particulièrement de la Bibliographie, se composera de 28 à 30 volumes.

Le prix pour les souscripteurs est fixé à 6 fr. pour Paris, et 8 fr. franc de port par la poste, pour les départements.

Les 25 premiers volumes sont en vente.

DUBOIS (d'Amiens). — EXAMEN CRITIQUE ET RAISONNÉ DES EXPÉRIENCES PRÉTENDUES MAGNÉTIQUES faites par la commission de l'Académie royale de médecine. Paris, 1832, in-8. 2 fr. 50 c.

DUCROS. — GUIDE PRATIQUE POUR L'ÉTUDE ET LE TRAITEMENT DES MALADIES SYPHILITIQUES. 1 vol. gr. in-18. Paris, 1841. 3 f. 50 c.

ENGEL, docteur médecin de la Faculté de Vienne. — DE L'HYDROTHÉRAPIE, ou du traitement des maladies par l'eau froide ; de ses rapports avec la médecine dans l'état actuel ; suivi d'observations pratiques. In-8. Paris, 1840. 2 fr. 50 c.

FAVROT, Préparateur des travaux chimiques à l'école royale des Mines. — TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE de Physique, Chimie, Toxicologie et Parmacie, ouvrage destiné spécialement aux élèves qui se préparent aux examens de pharmacie et de médecine; avec 200 figures explicatives intercalées dans le texte. 2 volumes in-8, 1841. 14 fr.

FUSTER. — DES MALADIES DE LA FRANCE dans leurs rapports avec les saisons, ou histoire médicale et météorologique de la France ; ouvrage qui a reçu de l'académie des sciences de Paris un prix de 3000 fr. 1 fort vol. in-8. Prix : 6 fr.

GALISSET, Avocat aux conseils du roi et à la Cour de cassation; et **J. MIGNON**, vétérinaire, ex-chef de service de Physique, chimie et d'anatomie à l'école royale d'Alfort, etc., etc. NOUVEAU TRAITÉ DES VICES RÉDHIBITOIRES ET DE LA GARANTIE DANS LES VENTES ET ÉCHANGES D'ANIMAUX DOMESTIQUES, OU JURISPRUDENCE VÉTÉRINAIRE, d'après la loi du 20 mai 1838, contenant : la législation sur les vices rédhibitoires et la description de ces vices ; celle qui concerne les ventes d'animaux atteints de maladies contagieuses, suivie des règles et formes judiciaires à observer par les parties en contestation, et terminée par des modèles de requêtes, d'ordonnances, d'assignation, de procès-verbaux, de rapports, etc. 1 fort volume in-8. Paris, 1842. 6 fr.

Cet ouvrage ne pouvait paraître dans un temps plus opportun, son utilité pour tout possesseur de chevaux, de bœufs ou de moutons est incontestable; les vétérinaires, le marchand comme l'acheteur, les propriétaires,

les éleveurs, etc., y trouveront des conseils éclairés, un guide sûr dans les cas de contestation qui s'élèvent soit au sujet des vices rédhibitoires, soit à l'égard des dommages intérêts que peut réclamer l'acheteur d'animaux atteints de maladies contagieuses, soit enfin relativement aux ventes d'animaux de boucherie ; et l'avocat et le juge sur les points souvent difficiles de la jurisprudence vétérinaire, trouveront à la fois la science du médecin et le savoir du jurisconsulte.

GAVARRET.—PRINCIPES GÉNÉRAUX DE STATISTIQUE MÉDICALE ou développement des règles qui doivent présider à son emploi. Paris, 1840, 2 vol. in-8. 4 fr. 50 c.

GEORGET.—EXAMEN MÉDICAL DES PROCÈS CRIMINELS de Léger, Feldtmann, Lecouffe, Papavoine, etc., dont l'aliénation mentale a été alléguée comme moyen de défense. 1825. in-8. 3 fr. 50 c.

GERDY, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis. — ANATOMIE des FORMES EXTÉRIEURES à l'usage des peintres, sculpteurs et dessinateurs, 1 vol. in-8, accompagné de trois planches au trait Paris, 1829. 6 fr.

— RECHERCHES, discussions et propositions d'anatomie, de physiologie, de pathologie, etc., sur la langue, le cœur et l'anatomie des régions, etc. 1823. in-4. fig. 3 f. 50 c.

—DES POLYPES ET DE LEUR TRAITEMENT, etc. 1833, in-8. br. 3 f. 50 c.

GERDY (J.-V.) —DE LA RÉSECTION des extrémités articulaires DES OS in-8. 1839. 2 fr. 50 c.

— RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LES EAUX MINÉRALES D'URIAGE près Grenoble.

1er mémoire in-8, 1838. 2 fr. 50 c.
2e mémoire — 1840. 1 fr. 25 c.

GIRARD, ancien directeur de l'école royale vétérinaire d'Alfort.—TRAITÉ DE L'AGE DU CHEVAL, 3e édition publiée avec de grands changements et augmentée de l'âge du *Bœuf*, du *Mouton*, du *Chien* et du *Cochon*. 1834, 1 vol. in-8, orné de quatre planches gravées sur acier. 3 fr. 50 c.

GUERSENT, docteur-médecin, médecin de l'hôpital des Enfants, et **BLACHE**, médecin du prince royal et médecin de l'hôpital Cochin. — TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANTS jusqu'à l'âge de puberté. 2 vol. in-8, sous presse, pour paraître incessamment.

GUIDE DES JURYS MÉDICAUX. Lois, Arrêtés du gouvernement, Ordonnances royales, Arrêtés et Circulaires ministériels relatifs aux médecins, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes, herboristes et droguistes, etc. 1 vol. in-18. 1836. 1 fr. 50 c.

HOGDSON.— TRAITÉ des maladies des ARTÈRES et des VEINES, traduit de l'anglais et augmenté d'un grand nombre de notes par M. G. BRES.

CHET, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Acad. royale de méd., de l'Institut de France, etc. 1819, 2 vol. in-8, br. 13 fr.

HOLLARD (H.), docteur médecin de la Faculté de Paris, professeur d'histoire naturelle et d'anatomie comparée. — PRÉCIS D'ANATOMIE COMPARÉE, ou tableau de l'organisation considérée dans la série animale, OUVRAGE DESTINÉ A SERVIR DE GUIDE pour l'étude de l'anatomie et de la physiologie comparées. Paris, 1837, 1 fort vol. in-8. 6 fr. 50c.

Nous recommandons cet ouvrage comme indispensable aux personnes qui veulent étudier avec fruit l'anatomie et la physiologie comparées. Le nombre de ces personnes est assez grand pour assurer à ce livre un succès durable ; car l'anatomie comparée de M. de Blainville, dont M. Hollard est un des élèves les plus distingués, n'est pas encore sur le point d'être terminée ; c'était donc rendre un service à la science, aux élèves et aux médecins, que de publier le précis que nous annonçons.

— NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE ZOOLOGIE ou Étude du Règne animal. 1 fort vol. in-8, orné de 22 pl., gravées, représentant un grand nombre de sujets. 1839. Prix : fig. noir, 8 f. 50 c. Fig. coloriées, 14 fr.

Ouvrage publié d'après le nouveau programme de l'Université rédigé par M. le professeur de Blainville pour les cours d'histoire naturelle.

Cet ouvrage est conçu sur le plan le plus propre, sans contredit, à rendre l'étude de la Zoologie la plus facile possible ; aussi a-t-il obtenu des professeurs des meilleures maisons d'éducation, l'accueil le plus favorable.

HOLLARD. ÉTUDES SUR LA NATURE, pour servir à l'éducation de l'esprit et du cœur, comprenant les faits les plus importants de la Physique et de la Chimie générale, de l'Astronomie, de la Météorologie, de la Géologie, de la Botanique et de la Zoologie. Ouvrage couronné par la Société de la Morale Chrétienne qui lui a décerné un prix de 1,500 fr. Paris, 1843, 4 vol. in-12. 12 fr.

HUGUIER. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES MALADIES DU COUDE In-4. 1842. Prix : 3 fr. 50 c.

HUNTER (John), œuvres complètes, traduites de l'anglais sur l'édition du docteur J. F. Palmer, avec des notes, par G. RICHELOT, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

L'ouvrage se compose de 4 volumes grand in-8, de chacun 40 feuilles, et un atlas in-4 de 64 planches. Le premier volume contient la vie de Hunter et ses leçons de chirurgie ; le deuxième le traité des dents et le traité de la syphilis avec des notes par MM. Oudet et Ricord ; le troisième le traité du sang et de l'inflammation des plaies par armes à feu ; le quatrième et dernier plus de 40 mémoires sur des points intéressants d'anatomie, de physiologie, d'embryologie et d'anatomie comparée, il est terminé par une table analytique et alphabétique pour faciliter les recherches. Prix : 56 fr.

L'ouvrage a paru en 16 livraisons de chacune 3 fr. 50 c.

JULIA-FONTENELLE, professeur de chimie médicale, commissaire examinateur de la marine pour le service de santé, etc. — MANUEL DE CHIMIE MÉDICALE à l'usage de MM. les élèves en médecine. 1 vol. in-12. 6 fr. 50 c.

JURISPRUDENCE VÉTÉRINAIRE. (Voir GALISSET et MIGNON.)

LAGNEAU, docteur en médecine, ancien chirurgien de l'hôpital des vénériens, etc. — TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES SYPHILITIQUES, contenant les diverses méthodes de traitement qui leur sont applicables, et les modifications qu'on doit leur faire subir suivant l'âge, le sexe, le tempérament du sujet, le climat, les saisons, et les maladies concomitantes. Ouvrage où sont spécialement détaillées les règles du traitement adopté à l'hospice des vénériens de Paris, sixième édition. 2 vol. in-8. 10 fr.

LALLEMAND, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de méd. de Montpellier, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de la même ville, etc., etc. — RECHERCHES ANATOMICO-PATHOLOGIQUES SUR L'ENCÉPHALE ET SES DÉPENDANCES, lettres 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9. Paris, 1830, 1835, in-8, br. 27 fr.

Les lettres 6, 7, 8 et 9 se vendent séparément chacune. 3 fr. 25 c.

La neuvième lettre contient la table analytique des matières contenues dans celles déjà publiées.

—DES PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES, 1836, 1 vol, in-8. 4 fr. 50 c.

Idem, *seconde partie*. 1 vol. in-8. 1838. 4 fr. 50 c.

Idem, *troisième partie*. 1 vol. in-8. 1839. 4 fr. 50 c.

Idem, *quatrième partie*. 1841. 4 fr. 50 c.

Idem, *cinquième* et *sixième parties*. 1842. Prix : 9 fr.

L'ouvrage se compose de 3 vol. en 6 parties. Prix : 27 fr.

— APHORISMES D'HIPPOCRATE, traduits en français avec le texte en regard et des notes. in-18. 1839. 3 fr.

LASSAIGNE (J.-L.) professeur de chimie et de physique à l'école royale vétérinaire d'Alfort, à l'école spéciale du commerce de Paris, etc.. etc. ABRÉGÉ ÉLÉMENTAIRE DE CHIMIE, CONSIDÉRÉE COMME SCIENCE ACCESSOIRE A L'ÉTUDE DE LA MÉDECINE, DE LA PHARMACIE ET DE L'HISTOIRE NATURELLE, TROISIÈME ÉDITION, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1842, 2 vol. in-8°, de plus de 700 pages chacun, et un atlas de planches accompagné de 16 tableaux coloriés ou sont figurés, avec leurs couleurs naturelles, les précipités formés par les réactifs dans les solutions des sels métalliques employés dans la médecine et la pharmacie. 16 fr.

Ces tableaux, rendus fidèlement, seront consultés avec fruit dans plusieurs circonstances ; ils retraceront toujours aux yeux les teintes si variables et si difficiles à décrire qui se manifestent en mettant ces corps en contact avec les réactifs ; ils représenteront à tout moment aux élèves les effets dont ils auront été témoins dans les cours qu'ils ont suivis, et pourront les guider dans les recherches où il s'agirait de prononcer sur la nature d'une préparation métallique.

Cette *troisième édition*, qui a subi divers changements et reçu les augmentations qu'exigeaient l'état actuel de la science et les découvertes récentes, se compose, comme les précédentes, de deux forts volumes in-8 et d'un atlas. Dans cet ouvrage, que l'auteur a tâché de rendre aussi élémentaire qu'il lui a été possible, il a continué à suivre la méthode adoptée dans les deux premières éditions. S'il s'est permis de s'en écarter quelquefois, c'est qu'il a pensé que les modifications qu'il y apportait pouvaient être utiles à l'instruction des jeunes gens qui commencent l'étude de la chimie.

Dans le premier volume, après avoir fait l'exposé des notions générales et préliminaires sur les forces qui président aux actions chimiques, indiqué les causes et les circonstances qui font varier l'affinité entre les corps, il aborde les règles de la nomenclature chimique admise aujourd'hui en France et les principes de la théorie des équivalents et des atomes. Avant d'étudier chaque corps simple en particulier, et dans ses rapports avec les autres éléments, l'auteur fait l'histoire de l'*air* et de l'*eau*, parce que la connaissance des propriétés chimiques de ces deux corps composés dont le rôle est si actif et si important dans une foule de réactions chimiques, lui paraît indispensable pour l'explication d'un grand nombre de phénomènes.

L'étude des corps simples, qu'on appelle *métalloïdes*, et au rang desquels l'auteur a placé l'arsenic, forme la première partie du premier volume. La seconde partie traite des métaux, divisés d'après leur affinité pour l'oxygène, et examinés successivement d'après les composés binaires qu'il peuvent former avec les métalloïdes et entre eux. Pour aider à la mémoire, il a pris soin de placer au dessous de la composition numérique de chaque composé binaire, la formule atomique qui la représente. Cette exposition permet de mieux retenir les rapports simples dans lesquels les éléments sont unis et combinés.

Indépendamment des tracés graphiques qu'on a laissé subsister dans le texte, on a placé quelques planches gravées sur bois, figurant divers appareils dont on donne la description : c'est ainsi qu'en traitant des caractères chimiques de l'acide arsénieux, l'auteur n'a pas oublié d'introduire les modifications que l'appareil de Marsh a éprouvées dans ces derniers temps, et une copie fidèle de cet appareil modifié que l'Académie des Sciences a recommandé pour les recherches médico-légales.

Dans le deuxième volume, l'auteur donne la description des sels métalliques en exposant leur état naturel, leurs propriétés, leur composition et leurs usages. La chimie organique, qui forme la deuxième partie de ce volume, comprend l'analyse élémentaire des principes immédiats, leur étude d'après leurs divisions en *principes immédiats acides*, *alcalins*, *neutres ou indifférents* et colorés, etc., etc. Il termine par les considérations sur les fermentations alcoolique et acide, ainsi que sur leurs produits, l'examen des divers éthers et les phénomènes chimiques et physiologiques de la germination et de la végétation.

Pour la chimie organique animale, il a suivi, à quelques modifications près, la même méthode ; mais après avoir fait connaître tous les principes immédiats en particulier, il revient sur l'histoire chimique des divers fluides et solides qu'on rencontre dans l'organisation des animaux vertébrés, leur composition dans l'état normal et les altérations qu'ils sont

susceptibles d'éprouver sous diverses influences. L'étude des produits pathologiques vient se placer à la suite de ce premier exposé.

L'ouvrage est enfin terminé par l'exposition des phénomènes physiologiques et chimiques de la digestion et de la respiration, et sur les causes de la chaleur qui se développe dans les animaux.

LATOUR (Robert). — QU'EST-CE QUE L'INFLAMMATION? QU'EST-CE QUE LA FIÈVRE? 1838, in-8. Prix : 3 fr.

MAISONNEUVE. — LE PÉRIOSTE ET SES MALADIES. Paris, 1839. in-8. 2 fr. 25 c.

MANUEL (Nouveau) D'ANATOMIE DESCRIPTIVE, d'après les cours de M. Béclard, Bérard, Blandin, Breschet, Chassaignac, Cloquet, Cruveilhier, Gerdy, Lisfranc, Marjolin, Velpeau, etc. Nouvelle édition, avec un précis d'Anatomie générale mis au niveau de travaux les plus récemment publiés sur cette science. 1 fort vol. in-18. 1837. 3 fr. 50 c.

MANUEL à l'usage des aspirants au grade de bachelier ès-sciences, comprenant toutes les parties exigées sur les mathématiques, la chimie, la botanique, la zoologie et la géologie. 1 fort vol. in-18, en caractère mignonne, avec planches au trait, etc. Par MM. Dorbigny, Ganot, Leblond et Rivière, docteurs ès-sciences, etc., etc. Paris, 1838. 6 fr.

MAYGRIER (J.-P.), membre de l'Académie royale de médecine, professeur d'accouchements. — NOUVELLES DÉMONSTRATIONS D'ACCOUCHEMENTS., DEUXIÈME ÉD., entièrement refondue et considérablement augmentée par HALMAGRAND, docteur en médecine, professeur d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants.

L'ouvrage de M. Maygrier se composait seulement d'un texte succinct et explicatif, de belles et nombreuses planches. Aucune des grandes questions qui se rattachent à la science pratique des accouchements, ne s'y trouvait exposée.

Dans cette nouvelle édition, M. HalmaGrand a traité avec tout l'intérêt que peuvent y prendre les élèves et les praticiens, les différentes matières qui sont du domaine de la science obstétricale : rien n'y a été omis ; c'est un ouvrage entièrement neuf, complet dans toutes ses parties. Les lacunes de la première édition ont toutes été comblées en y ajoutant : 1° la description anatomique et obstétricale du bassin, des parties sexuelles et de leurs anomalies ; 2° l'histoire de la menstruation, de la reproduction et du développement du fœtus ; 3° l'histoire de la grossesse ; 4° le mécanisme de l'accouchement naturel ; 5° la description des différents modes opératoires pour la terminaison des accouchements difficiles ; 6° l'indication des soins à donner à la mère et à l'enfant, etc.

Cet ouvrage se compose de quatre-vingt-une planches in-folio gravées en taille-douce, représentant dans leur ensemble plus de deux cents sujets, et d'un fort volume in-8. de texte. Paris, 1840. Figures noires, 40 fr.
Figures coloriées avec le plus grand soin, 70 fr.

L'ouvrage a été publié en 20 livraisons de 4 planches chacune, les personnes qui le désireraient pourront l'acquérir en retirant une ou plusieurs livraisons à la fois. Prix de chacune : fig. noires, 2 fr. ; fig. col., 3 fr. 50.

MAYOR. — LA CHIRURGIE SIMPLIFIÉE, ou mémoires pour servir à la réforme et au perfectionnement de la médecine opératoire. 2 forts volumes in-8. avec planches, 1841. 12 fr.

— LA CHIRURGIE POPULAIRE, ou l'art de porter de prompts secours, et d'appliquer des moyens simples de pansement dans les accidents, et en attendant l'arrivée d'un chirurgien. Brochure in-8, 1841, 1 fr. 25 c.

— TRAITEMENT ACCÉLÉRÉ DES ANKILOSES et recueil de visions chirurgicales choisies, précédés de remarques sur le congrès scientifique de Lyon. 1841. 2 fr. 50 c.

MÉMOIRES ET PRIX DE L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE : nouvelle édition entièrement conforme à l'édition originale. 12 volumes in-8. 45 fr.

Cette édition se distingue des précédentes par les notes qui indiquent les progrès de la science depuis la publication de l'ouvrage. On a donné à celle que nous annonçons tous les soins possibles pour qu'elle soit très correcte ; et pour rendre les recherches plus faciles, on a placé à la fin du dernier volume une table alphabétique des noms des auteurs, ainsi qu'une table des matières qui sont traitées dans cette collection justement renommée.

« L'histoire si glorieuse pour la chirurgie, a dit M. le professeur Richerand, est renfermée tout entière dans le recueil des Mémoires et des prix de l'Académie royale de chirurgie, livre indispensable et dont on ne saurait trop constamment méditer les diverses portions. »

MENVILLE. — DE L'AGE CRITIQUE CHEZ LES FEMMES, des maladies qui peuvent survenir à cette époque de la vie, et des moyens de les combattre et de les prévenir. 1 vol. in-8, 1840. 6 fr.

MERCIER (Aug.) — RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES MALADIES DES ORGANES URINAIRES GÉNITAUX, considérées spécialement chez les hommes âgés : ouvrage entièrement fondé sur de nouvelles observations. 1 volume in-8°. 1841. 6 fr.

MIGNON (J.), chef de service d'anatomie à l'École royale vétérinaire d'Alfort. — QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA MÉCANIQUE ANIMALE appliquée au cheval. Broch. in-8. 1841. 1 fr. 50 c.

MIGNON. (Voir GALISSET et MIGNON, *Traité des vices rédhibitoires.*)

MILLOT. — L'ART DE PROCRÉER LES SEXES A VOLONTÉ, ou Histoire physiologique de la génération humaine, etc. ; sixième édition avec des notes additionnelles pour mettre cet ouvrage à la hauteur des connaissances modernes. 1828, 1 vol. in-8 orné de 15 grav. 7 fr.

MIQUEL. — LETTRES à un médecin de province sur la Doctrine de Broussais : 2e édit. 1826, in-8. 7 fr. 50 c.

MONFALCON médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, membre du conseil de salubrité du département du Rhône. — HISTOIRE DES MARAIS, et des maladies causées par les émanations des eaux stagnantes.

Ouvrage qui a obtenu le grand prix mis au concours par la Société royale des sciences, etc. Deux. édit. revue, corrigée et considérablement augmentée. 1826, in-8. 7 fr. 50 c.

NÉGRIER. - Recherches anatomiques et physiologiques SUR LES OVAIRES dans l'espèce humaine. 1 vol. grand in-8 avec 11 planches noires, 1840. 6 fr.
Fig. coloriées. 11 fr.

ORFILA, doyen et professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre du conseil royal de l'instruction publique, du conseil général du département de la Seine, du conseil général des hospices, etc. — TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE. Troisième édit., revue, corrigée et considérablement augmentée, suivie de plusieurs mémoires sur deux questions importantes de médecine légale, **LA SUSPENSION ET L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSENIEUX.** 3 vol. in-8. 20 fr.
L'atlas, composé de 26 pl., dont 7 color., se vend séparément 3 fr. 50 c.

Les travaux de M. Orfila ont formé véritablement une nouvelle ère pour la *médecine légale*. L'esprit positif que ce célèbre professeur a apporté dans l'étude et l'enseignement de cette branche de la médecine; ses recherches expérimentales sur la plupart des sujets qui s'y rapportent, en ont fait une science presque nouvelle. La médecine légale, soustraite à l'esprit conjectural et hypothétique qui la dominait, a fourni dès lors les secours les plus précieux à la Justice en répandant la lumière sur les questions les plus ardues ; et les médecins chargés d'en préparer et d'en donner la solution, ont eu dès lors un guide sûr. C'est principalement dans les recherches que provoquent les empoisonnements que les travaux de M. Orfila ont eu le plus d'influence. Avant lui, on peut le dire, la science était tout à fait insuffisante pour résoudre les problèmes compliqués qui se présentent souvent dans les cas d'empoisonnement. Consulté dans toutes les affaires épineuses, M. Orfila, depuis la première publication de ses travaux sur la médecine légale, n'a cessé de les poursuivre, de les perfectionner, de le mettre en rapport avec les nouvelles difficultés qui surgissaient dans des cas particuliers, et en a successivement enrichi les éditions de son *Traité de médecine légale*. Aussi ce traité est-il pour les médecins et les magistrats le code universellement adopté, le seul code qui régisse la matière. C'est là que se trouvent les saines doctrines sur les questions médico-légales qui concernent les *âges* depuis la vie intra-utérine jusqu'à la vieillesse et la mort ; les outrages faits à la pudeur, la *défloration*, le *viol*, le *mariage*, la *grossesse*, l'*accouchement*, les *naissances tardives et précoces*, l'*infanticide*, l'*avortement*, la *viabilité du fœtus*, les *maladies simulées et dissimulées*, les *aliénations mentales*, les différents genres de morts par *submersion*, par *strangulation et suspension*; les *blessures*, les *empoisonnements*, etc.

M. Orfila a eu, dans ces derniers temps, occasion de traiter diverses

questions importantes, surtout des questions qui se rattachent à l'empoisonnement par l'arsénic. C'est ainsi que dans des mémoires lus successivement à l'Académie royale de Médecine, en 1839, il a examiné et discuté les sujets suivants : *Est-il possible de reconnaître d'après l'état des organes génitaux si la suspension a eu lieu pendant la vie ou après la mort? — Est-il impossible de constater dans les matières vomies et dans le canal digestif la présence de l'acide arsénieux, quand celui-ci, au lieu d'avoir été pris à l'état pulvérulent, a été donné en dissolution dans l'eau? et lorsque l'acide arsénieux a été introduit dans le canal digestif ou appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané, peut-on le trouver dans le sang et dans les organes de l'économie animale avec lesquels il n'a pas été mis en contact? — Nouveau procédé pour constater facilement dans nos organes la présence d'une préparation arsénicale qui aurait été absorbée. — Sur l'arsenic naturellement contenu dans le corps de l'homme. — Sur les terrains des cimetières, sur l'arsenic qu'ils peuvent fournir et les conséquences médico-légales que l'on doit tirer de l'existence possible d'un composé arsénical dans ces terrains.*

Il suffit d'indiquer les matières traitées dans ces Mémoires pour en faire sentir toute l'importance. Il n'est pas de médecin qui ne se hasardât de discuter des cas particuliers qui s'y rattacheraient, sans avoir étudié les mémoires où le professeur de Paris examine et résout ces questions d'une manière si immense. Avant que M. Orfila ait fait entrer dans le corps de son *Traité de médecine légale* ces nouvelles recherches qui en forment un complément nécessaire, l'éditeur de cet ouvrage a eu la pensée de joindre à la troisième édition tous les mémoires où elles sont consignées. De cette manière, cette édition, augmentée de près de 200 pages, présente tous les avantages d'une nouvelle édition, dans laquelle seraient exposées les acquisitions les plus récentes de la science.

ORFILA ET **LESUEUR.** — TRAITÉ DES EXHUMATIONS JURIDIQUES. 2 vol. in-8. avec figures. 12 fr.

Cet ouvrage peut être considéré comme suite et complément de la Médecine Légale, dont il forme le tome 4.

ORFILA.—SECOURS A DONNER AUX PERSONNES EMPOISONNÉES, ou asphyxiées. 4e édit., corrigée et augmentée. 1830, in-12. 3 fr. 50 c.

ORFILA, BUSSY, ET **OLLIVIER** (d'Angers).—RÉPONSE AUX ÉCRITS DE M. RASPAIL, SUR L'AFFAIRE DE TULLE, (Mme. Lafarge.) br. in-8. 1840. 1 fr.

OZANAM. — Histoire médicale, générale et particulière des MALADIES ÉPIDÉMIQUES, contagieuses et épizootiques, qui ont régné en Europe depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. 2e édit., revue, corrigée et considérablement augmentée. 4 vol. in-8. 1835. 12 fr.

PARCHAPPE, médecin en chef de l'azyle des aliénés de la Seine-Inférieure, professeur de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. — TRAITE THEORIQUE ET PRATIQUE DE LA FOLIE. In-8. 1841. 7 fr.

PARISOT ET **ROBINE.**— ESSAI SUR LES FALSIFICATIONS QU'ON FAIT SUBIR AUX FARINES, AU PAIN, et sur les moyens de les reconnaître. in-8, 1840. 1 fr. 50 c.

PELLEREAU. — CHIMIE MINÉRALE ou Traité complet des métaux, des oxides et des acides, d'après une nouvelle méthode, avec l'indication de tous les réactifs qui servent à faire reconnaître ces substances, et des secours ou contrepoisons à administrer en cas d'empoisonnement par ces corps, suivi du tableau latin et français de la nomenclature pharmaceutique universelle. 1 fort vol. in-8. 8 fr. 50 c.

PETIT ET **SERRES.** — TRAITÉ DE LA FIÈVRE ENTERO-MÉSENTÉRIQUE. In-8. 1831, fig. col. 6 fr.

PIERQUIN. — TRAITÉ DE LA FOLIE DES ANIMAUX, et de ses rapports avec celle de l'homme et les législations actuelles; revu par GEORGES et FRÉDÉRIC CUVIER, MAGENDIE, SCHNOELL, MATHEY, HUZARD, etc. 2 vol. in-8. 1839. 16 fr.

PINEL, médecin des aliénés de l'hospice de la Vieillesse (femmes).—TRAITÉ COMPLET DU RÉGIME SANITAIRE DES ALIÉNÉS, ou Manuel des établissements qui leur sont consacrés, 1 vol. in-4. orné de planches explicatives, exécutées sur le modèle des constructions que l'administration des hôpitaux a fait élever à la Salpêtrière d'après les plans de M. Huvé, architecte des hôpitaux, de la Madeleine, etc. Paris, 1836. 12 fr.

PINET, avocat à la Cour royale de Paris.—DE LA MIGRAINE. In-18. 1838. 1 fr. 50.

PORTAL. — OBSERVATIONS sur la nature et le traitement des maladies du foie. 1831, in-4. 10 fr.

POTTON. —DE LA PROSTITUTION ET DE SES CONSÉQUENCES DANS LES GRANDES VILLES, dans la ville de Lyon en particulier; de son influence sur la santé, le bien être, les habitudes de travail de la population; des moyens d'y remédier. in-8. 1842. Prix: 6 fr.

RENAULT, directeur de l'École d'Alfort, professeur de clinique et de médecine opératoire. — TRAITÉ DU JAVART CARTILAGINEUX. 1 vol. in-8., fig. 1831. 3 fr. 50 c

— GANGRÈNE TRAUMATIQUE, mémoires et observations cliniques sur une de ses causes les plus fréquentes dans les animaux domestiques, in-8. 1840. 2 fr. 50 c.

RICHARD—ÉLÉMENTS D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE, con-

tenant des notions générales sur l'histoire naturelle, la description, l'histoire et les propriétés de tous les aliments, médicaments ou poisons tirés des trois règnes de la nature, TROISIÈME ÉDITION, revue, corrigée et considérablement augmentée, ornée de dix planches représentant les formes cristallines des minéraux, les espèces de sangsues officinales, les divers insectes vésicants et les vers intestinaux de l'homme. 3 vol. in-8° dont le premier contient *la Zoologie*, le deuxième *la Minéralogie*, et le troisième *la Botanique médicale*. 1838. 19 fr.

RICHARD — FORMULAIRE DE POCHE à l'usage des praticiens, ou Recueil des formules les plus usitées dans la pratique médicale, avec l'indication des doses exprimées en poids décimaux et en poids anciens; **SEPTIEME EDITION** refondue sur un plan entièrement neuf, et contenant, 1° le Tableau général des Eaux minérales; 2° celui des Contrepoisons; 3° les secours à donner aux asphyxiés et aux noyés; Paris, 1840, 1 fort volume in-32 sur Jésus vélin. 3 fr.

Tout le monde sait que depuis le 1er janvier 1840, le système des poids décimaux est obligatoire pour toute la France. Or jusqu'à présent tous les Formulaires ne présentant que les poids anciens, les médecins manquaient d'un recueil où, dans les formules usitées dans la pratique, les quantités fussent exprimées en poids décimaux, les seuls que la loi autorise désormais. Cette lacune, M. le professeur Richard vient de la remplir par la publication d'une septième édition de son FORMULAIRE DE POCHE.

Cette édition pourrait à vrai dire être considérée comme un ouvrage entièrement nouveau, tant l'auteur s'est efforcé d'y introduire des changements et des améliorations.

Jusqu'à présent, comme dans tous les autres ouvrages du même genre, les formules y étaient rangées par *formes pharmaceutiques*, qui, chacune, constituait autant de chapitres distincts. Ainsi les *tisanes*, les *potions*, les *pilules*, les *poudres*, etc., étaient toutes réunies ensemble, quels que soient leur composition et leur mode d'action. Cet arrangement avait un inconvénient grave, celui d'une grande perte de temps, pour le praticien, obligé en quelque sorte de lire toutes les formules d'une même forme pharmaceutique, pour découvrir celle qui lui paraissait convenir dans le cas spécial où il voulait l'appliquer.

Dans cette nouvelle édition, M. Richard a adopté la classification des agents pharmacologiques et des formules dont ils font partie, par ordre de *propriétés médicales*; c'est à dire qu'il a fait autant de chapitres qu'il existe de médications bien distinctes.

Dans chacun de ces chapitres, il donne, 1° l'indication de tous les médicaments simples, agents de la médication; 2° toutes les préparations qu'on fait subir à ces médicaments et les doses auxquelles on les administre; 3° enfin la série de toutes les formules composées, (tisanes, potions, teintures, extraits, etc., etc.,) qui se rapportent à cette médication.

Par ce moyen, le praticien qui a préalablement déterminé la médication qu'il veut employer, peut en un instant se rappeler tous les agents de cette médication, leurs préparations diverses, et, de plus, toutes les formules dans lesquelles ces médicaments ont été introduits. Ainsi, par exemple, dans le chapitre consacré à la médication purgative se trouvent réunis : 1° les médicaments simples qui jouissent de la propriété purgative; 2° leurs diverses préparations, avec l'indication des doses de chacune d'elles; 3° enfin toutes les formules de tisanes, potions, pilules, poudres, électuaires, lavements, etc., etc., purgatifs. On comprend tout ce qu'une semblable disposition a de commode pour le praticien qui consulte le formulaire.

Quoique toutes les quantités soient exprimées en poids décimaux, comme ce genre de la numération n'est pas encore familier à tous ceux qui écrivent les formules, M. Richard a cru devoir conserver entre deux parenthèses les poids anciens, mieux connus de la généralité des médecins. Cette réunion comparative des deux sortes de poids aura l'avantage d'éviter les graves erreurs que le défaut d'habitude aurait pu faire commettre, et d'accoutumer petit à petit les praticiens à l'usage des poids décimaux.

Enfin, M. Richard a enrichi cette édition d'un nombre de formules presque double de celui qui existait dans les éditions précédentes, et néanmoins, par le choix du caractère et les soins apportés à la partie typographique, le volume et le format si commodes de l'ouvrage, n'ont point été changés.

RICHERAND (le baron), chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis, professeur à la Faculté de médecine, — NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE PHYSIOLOGIE, DIXIÈME édition, revue corrigée et augmentée d'un vol. par l'auteur, et par M. BÉRARD, professeur de physiologie à la même Faculté. Paris, 1833, 3 vol. in-8. 20 fr.

Les *Nouveaux Éléments de Physiologie* de M. le professeur Richerand ont acquis une célébrité trop grande et trop justement méritée pour avoir besoin des éloges obligés de toute réimpression nouvelle. Annoncer une DIXIÈME ÉDITION de cet ouvrage, n'est-ce pas d'ailleurs en proclamer le mérite? Cependant la physiologie a été enrichie, depuis plusieurs années, de découvertes nombreuses et importantes; le désir de faire connaître la plupart des travaux que les savants, tant français qu'étrangers, ont accomplis, a nécessité la création d'un troisième volume. Plusieurs théories anciennes, qui n'étaient plus en rapport avec les connaissances actuelles, ont été modifiées.

Voici, au reste, les principales additions qui ont été faites à l'ouvrage :

Le chapitre de la digestion renferme une description plus étendue des aliments, de la faim; une analyse plus exacte de la salive, d'après MM. Tiedemann et Gmelin, Leuret et Lassaigne; une histoire complète des sucs gastriques d'après les travaux des physiologistes précités et ceux de MM. Prout, Stevens, Bostock, etc., travaux d'après lesquels il est aujourd'hui permis d'expliquer les célèbres expériences de Spallanzani sur les digestions artificielles et les résultats si variés des auteurs qui les ont répétées; les recherches intéressantes de l'influence du pneumo-gastrique

sur la chymification, faites par MM. Leuret et Lassaigne, Magendie, Milne-Edwards, Vavasseur, Clarke, Brodie, Sédillot, Fourcade; quelques additions au mécanisme du vomissement, d'après MM. Graves et Stockel, Béclard, Gerdy, etc.

Le chapitre de l'absorption a été entièrement refondu; il comprend l'historique de cette fonction, la description des diverses espèces d'absorption, soit normale, soit éventuelle; la théorie de M. Dutrochet sur l'endosmose, l'opinion de M. Tiedemann.

RICHERAND (le baron), professeur à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis, chirurgien consultant du roi. — ERREURS (des) POPULAIRES relatives à la médecine. 1821, in-8. broché. 6 fr.

Quoique l'on ne croie plus aujourd'hui ni aux sorciers, ni à la vertu des amulettes, il est encore un très grand nombre d'erreurs, de préjugés, dont les gens du monde, et peut-être aussi quelques médecins, ont de la peine à se défaire, et qui ne sont pas seulement ridicules, mais presque toujours plus ou moins dangereux.

Il appartenait à un médecin éclairé, à un véritable philosophe, et surtout à un écrivain aussi sévère qu'élégant, de combattre ces hypothèses absurdes qui, reçues et transmises d'âge en âge, finissent par acquérir un certain degré d'autorité, et deviennent funestes à l'humanité.

RIGOT, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole royale vétérinaire d'Alfort, etc.—TRAITÉ COMPLET DE L'ANATOMIE DES ANIMAUX DOMESTIQUES, divisé en 6 parties formant 2 forts volumes in-8.

Le 1er volume contient la SQUELETTOLOGIE, la SYNDESMOLOGIE, et la MYOLOGIE;

Le 2e volume contiendra la SPLANCHNOLOGIE proprement dite, l'ANGÉIOLOGIE et la NÉVROLOGIE.

Les trois premières livraisons, contenant la *Syndesmologie* ou *description des articulations*, la *Squelettologie* et la *Myologie* ont paru.

Les deux premières livraisons se vendent 3 fr. 50 c. chacune. Les souscripteurs ne paieront les quatre autres livraisons que 2 fr. 50 c. chacune.

—ÉLÉMENTS DE BOTANIQUE MÉDICALE ET HYGIÉNIQUE à l'usage des élèves vétérinaires. 1831, 1 vol. in-8, broché. 4 fr.

RILLIET ET **BARTHEZ.**—MALADIES DES ENFANTS. AFFECTIONS DE POITRINE, première partie, PNEUMONIE, in-8. 1838. 3 fr. 50 c.

ROCHOUX, docteur en médecine, médecin de l'hospice de la vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de méd., etc.—RECHERCHES SUR L'APOPLEXIE, deuxième édit. revue, corrigée et considérablement augmentée. 1833. 7 fr.

ROSTAN, professeur de médecine clinique à la Faculté de médecine de Paris.—TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE DIAGNOSTIC, DE PRONOSTIC,

D'INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES, ou COURS DE MÉDECINE CLINIQUE. 3 vol. in-8, deux. édit. revue, corrigée et augmentée. 1830 23 fr.

ROSTAN. COURS ÉLÉMENTAIRE D'HYGIÈNE, deux. édit. revue, corrigée et augmentée. 1828, 2 vol. in-. 14 fr.

La lecture de cet ouvrage peut être regardée comme une introduction nécessaire à l'étude de la pathologie. Elle peut aussi se recommander aux personnes qui, étrangères à la médecine, cherchent sagement dans les livres sur cette science plutôt des préceptes propres à les préserver des maladies, que des moyens pour s'en guérir ; aux personnes avides d'instruction qui veulent connaître l'influence des divers corps de la nature sur l'homme.

L'ouvrage de M. Rostan se distingue autant par la profondeur et la justesse des pensées que par la grace et l'élégance du style, de tous ceux qui ont été publiés sur le même sujet, et qui laissaient depuis longtemps désirer qu'un médecin physiologiste et praticien à la fois s'en emparât de nouveau. Une nouvelle division, fondée sur la division même des fonctions de l'économie animale, présente sous le jour le plus naturel et le plus lumineux les diverses modifications qu'éprouve l'exercice de chacune de ces fonctions, et les causes nombreuses de ces modifications.

L'auteur a su mettre à profit dans son ouvrage les savantes leçons de M. le professeur Hallé, et diminuer par là les regrets de ne pas posséder un ouvrage sur l'Hygiène, que cet homme célèbre avait professée avec tant d'éclat.

ROSTAN. — RECHERCHES SUR UNE MALADIE ENCORE PEU CONNUE, QUI A REÇU LE NOM DE RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU. 1823, deux. édit. in-8, br. 7 fr.

ROUSSEL. — SYSTÈME PHYSIQUE ET MORAL DE LA FEMME, suivi du système physique et moral de l'homme, et d'un fragment sur la sensibilité, etc., par Alibert. Septième édit. 1820, in-8. fig. br. 7 fr.

SABATIER-DUPUYTREN. — DE LA MÉDECINE OPÉRATOIRE, avec des additions et des notes, par L.-J. Sanson, chevalier de la Légion-d'honneur, docteur en chirurgie et professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôtel-Dieu, etc., etc., et J.-L. Bégin, docteur en chirurgie, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg. Nouvelle édition, augmentée de généralités sur les opérations et les pansements, de l'anatomie chirurgicale des parties, de l'indication des procédés récemment découverts, et enfin, de l'appréciation des méthodes et des procédés relatifs à chaque opération. 1822, 4 vol. in-8. 18 fr

L'ouvrage de Sabatier adopté comme classique dans toutes les écoles de chirurgie de l'Europe, a été complété et perfectionné par Dupuytren lui-même, sous ses yeux, par ses deux élèves les plus distingués, MM. Sanson, chevalier de la Légion-d'Honneur, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc., etc., et J.-L. Begin, docteur

en chirurgie, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, qui y ont continué la doctrine et les travaux de ce grand chirurgien : c'est le seul ouvrage auquel Dupuytren ait travaillé.

SCARPA. — TRAITÉ PRATIQUE DES HERNIES, traduit de l'italien, par CAYOL, professeur à la Faculté de médecine de Paris, avec un supplément traduit par Ollivier d'Angers. Paris, 1825, 1 gros vol. in-8 et un atlas in-fol. de 34 pl. 22 fr.
Le supplément séparément, in-8 et atlas de 9 pl. 7 fr.

SCHANGE. — PRÉCIS SUR LE REDRESSEMENT DES DENTS, ou exposé des moyens rationnels de prévenir et de corriger les déviations des dents; suivi de quelques réflexions sur les obturateurs du palais. 1841. In-8. 2 fr. 50 c.

SCUDAMORE. — TRAITÉ SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME, traduit de l'anglais sur la dernière édition, augmenté d'un long Mémoire sur l'emploi des bains de vapeurs dans les maladies goutteuses et rhumatismales, avec des planches représentant tous les appareils de l'hôpital Saint-Louis, etc. 1823, 2 vol in-8. 12 fr.

TAVEAU (O^re^). — HYGIÈNE DE LA BOUCHE, ou Traité des soins qu'exigent l'entretien de la bouche et la conservation des dents, etc., etc. Quatrième édit. 1 vol. in-12. 1833. 3 fr.

THIBERT (Félix) (de Seurre). — ANATOMIE PATHOLOGIQUE avec modèles en relief.

L'ouvrage formera 80 livraisons qui représenteront plus de trois cents cas d'anatomie pathologique.

Le prix de chaque livraison, pour Paris, est de 40 fr. La première livraison seule, dans laquelle nous avons été obligés de donner une pièce de chacune des parties de l'anatomie pathologique, et qui forme notre spécimen, sera élevée au prix de 60 fr. avec le volume.

Les médecins pourront se procurer des parties et des pièces séparées.

THIRIAL. — CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR LA DOCTRINE HIPPOCRATIQUE. Brochure in-8. 1840. 2 fr. 50 c.

TRAITÉ (nouveau) DES VICES RÉDHIBITOIRES (Voir GALISSET et MIGNON.)

TREBUCHET, avocat à la Cour royale de Paris. — CODE ADMINISTRATIF DES ÉTABLISSEMENTS DANGEREUX, INSALUBRES OU INCOMMODES. 1832, 1 vol. in-8. 5 fr.

TREBUCHET, avocat, **ELOUIN,** ancien magistrat, et **E. LABAT,** archiviste de la préfecture de police. — NOUVEAU DICTIONNAIRE DE

POLICE, ou Recueil analytique et raisonné des Lois, Ordonnances, Réglements et Instructions concernant la police judiciaire et administrative en France, précédé d'une introduction historique sur la police depuis son origine jusqu'à nos jours. 1835, 2 très forts vol. in-8. 10 fr.

TROUSSEL, docteur en médecine de la Faculté de Paris.—DES PREMIERS SECOURS à administrer dans les maladies et accidents qui menacent promptement la vie, etc. 1 vol. in-12. 3 fr. 50 c.

Ouvrage contenant l'indication précise des soins à donner dans les cas d'empoisonnement, de mort apparente, d'asphyxie, de coup de sang et d'apoplexie, de blessures, de plaies envenimées, d'hémorrhagies, de brûlures de corps étrangers introduits dans les ouvertures naturelles, terminé par l'énumération des secours à donner dans quelques affections graves des femmes enceintes et des enfants nouveau-nés, et par l'indication de la conduite que doit tenir le médecin, quand il est appelé pour un cas de médecine légale.

TROUSSEL, DES ECOULEMENTS particuliers aux femmes, et plus spécialement de ceux qui sont causés par une maladie du col de la matrice. In-8. 1842. 2 fr. 50 c.

TURCK. — TRAITÉ DE LA GOUTTE ET DES MALADIES GOUTTEUSES. 1 vol. in-8. 1837. 8 fr.

VAN SWIETEN.—COMMENTARIA in Hermanni BOERHAAVII APHORISMOS, DE COGNOSCENDIS ET CURANDIS MORBIS. Editio tertia. 1769, 5 vol. in-4, br. 25 fr.

VASTEL (Edouard).— GUIDE DES VOYAGEURS ET DES MALADES AUX EAUX-BONNES, in-18, 1838. 2 fr. 50 c.

VERDIER, Chirurgien herniaire de la marine royale, des hôpitaux militaires, etc., etc.

—TRAITÉ PRATIQUE DES HERNIES, déplacements et maladies de la matrice, affections considérées sous leurs rapports anatomique, médical et chirurgical, suivi 1° De l'exposé des causes, de la nature et du traitement de ces maladies ; 2° De la cure des hernies par les douches obliques d'eau froide ; 3° D'un essai sur la statistique des hernies et des déplacements de la matrice ; 4° De l'examen critique des bandages herniaires et des pessaires anciens et modernes ; 5° De 152 observations détaillées de faits rares et curieux sur ces maladies. 1 fort volume in-8. 1840. 8 fr.

VIGNÉ.—TRAITÉ DE LA MORT APPARENTE, des principales maladies qui peuvent donner lieu aux inhumations précipitées, des signes de la mort, 1 volume in-8, 1841. 6 fr.

WOILLEZ. — RECHERCHES PRATIQUES SUR L'INSPECTION ET MENSURATION DE LA POITRINE, considérées comme moyens dia-

gnostiques complémentaires de la percussion et de l'auscultation, 1 vol. in-8, 1837. 6 r.

WOILLEZ. — ESSAI HISTORIQUE, DESCRIPTIF ET STATISTIQUE DE LA MAISON D'ALIÉNÉS DE CLERMONT (Oise), accompagné du plan général de cet asile. in-8. 1839. 2 fr. 50 c.

JOURNAUX DE MÉDECINE,

ET DES SCIENCES ACCESSOIRES (1842).

Abonnement pour un an, à partir de janvier ; 12 cahiers par an.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, *Journal complémentaire des sciences médicales,* rédigé par une société composée de professeurs des Facultés de médecine, de membres de l'Académie de médecine, de médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris et des départements. Troisième et nouvelle série. — Années 1838, 1839, 1840 et 1841. 80 fr.

CONDITIONS DE LA SOUSCRIPTION :

Les *Archives générales de Médecine* paraissent les premiers jours de chaque mois, par cahier de 8 feuilles. Quatre cahiers forment un volume, qui est terminé par une table des matières très détaillée.

Chaque cahier est imprimé en caractères neufs. — Des planches et figures seront ajoutées quand elles seront nécessaires.

Le prix de l'abonnement est fixé à 20 fr. pour Paris, à 25 fr., franc de port, pour les départements, et à 30 fr. pour les pays où le port est double.

On souscrit à Paris, au BUREAU DES ARCHIVES,

Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4;

Et chez tous les libraires des départements et directeurs des postes.

NOTA. La première série de ce journal, qui a commencé le 1er janvier 1823, se compose de dix années formant 30 forts volumes in-8. Il n'en reste qu'un très petit nombre de collections complètes, dont le prix est de 250 fr. Les années séparées se vendent 25 fr. chacune, excepté l'année 1825, que nous rachetons au prix de 30 fr. La deuxième série, qui part du 1er janvier 1833 au 31 décembre 1837, se compose de cinq années formant 15 volumes, prix 115 fr. La table générale des deux premières séries, 1823-1837 inclus, se vend 4 fr. et 5 fr. par la poste.

JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE

DE PHARMACIE, DE TOXICOLOGIE,

ET REVUE DES NOUVELLES SCIENTIFIQUES NATIONALES ET ÉTRANGÈRES;

Par les membres de la société de chimie médicale; MM. Béral, pharmacien, membre de la société de pharmacie de Paris; Chevallier, professeur adjoint à l'Ecole de pharmacie de Paris, membre de l'Académie royale de médecine et du conseil de salubrité; Dumas, de l'Académie royale des sciences, de l'Institut de France, professeur de chimie à la Faculté des sciences de l'Académie de Paris, etc., etc.; Fée, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de Médecine de Strasbourg; Guibourt, pharmacien, membre de l'Académie royale de Médecine, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris; Julia de Fontenelle, professeur de chimie, membre de la Commission sanitaire du quartier de l'Ecole de Médecine, etc.; Lassaigne, professeur de chimie à l'école royale vétérinaire d'Alfort; Orfila, professeur et doyen de la Faculté de Médecine de Paris, membre du conseil royal de l'instruction publique; Payen, chimiste manufacturier, membre du Comité des arts chimiques de la société d'encouragement; G. Pelletan, docteur en médecine; Pelouze, répétiteur à l'école Polytechnique, etc.; Richard, professeur de botanique à la Faculté de médecine de Paris; Robinet, pharmacien, membre de l'Académie royale de médecine, etc.

Prix de l'abonnement.—Pour Paris et toute la France, 12 fr. 50.; pour l'Etranger, 15 fr.

Prix de la 1re série, 1825 à 1834, 10 forts volumes in-8,	60 fr.
— 2e série, 1835 à 1841, 7 forts volumes in-8,	42 fr.
Chaque année séparément.	12 fr.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE PRATIQUE.

Publié par MM. Bouley, médecin vétérinaire à Paris, membre de l'Académie royale de médecine; H. Bouley, professeur adjoint à l'école d'Alfort; Delafond, professeur à l'école d'Alfort; Girard, ancien directeur de l'école royale vétérinaire d'Alfort; Vatel, ancien professeur, Yvart, inspecteur-général des Haras; Grognier, Rainard, professeurs à l'école vétérinaire de Lyon; Renault, professeur et directeur de l'école d'Alfort; Rigot, professeur d'anatomie, (*commencé en* 1824).

Prix de l'abonnement.—Pour Paris, 13 fr., — pour les départements, 14 fr. 50 c. 16 fr. pour l'étranger.

Prix de la collection 1824 à 1841 180 fr.

Chaque année séparément 13 fr.

JOURNAL DES CONNAISSANCES NÉCESSAIRES

ET INDISPENSABLES AUX INDUSTRIELS, AUX MANUFACTURIERS, AUX COMMERÇANTS ET AUX GENS DU MONDE ;

Par une société de savants, d'industriels, de manufacturiers, d'agriculteurs et de commerçants; publié sous la direction de M. A. Chevallier, chimiste, membre du conseil de salubrité, de l'Académie royale de médecine, du conseil d'administration de la Société d'encouragement, professeur adjoint à l'école de Pharmacie de Paris, etc., etc.

Années 1839, 1840 et 1841. Prix; 6 fr. chacune; les trois années ensemble, 12 fr.

Félix LOCQUIN, Imprimeur, rue Notre-Dame-des-Victoires, 16.

queuse gastro-pulmonaire. L'écoulement nasal, l'injection de la pituitaire et de la conjonctive, la chaleur de la bouche, le léger ténesme du ventre, etc., me conduisaient à penser ainsi; mais, comme je ne me suis arrêté que peu de temps à cette idée, et que, vers le déclin de la maladie, j'ai fait usage de purgatifs minoratifs qui, dans l'hypothèse première, eussent dû être incendiaires, je ne regardai plus l'irritation intestinale, du reste peu intense, que comme sympathique à celle des premières voies.

En parlant de l'endroit où l'on fixait les chevaux pour les pansages du soir, j'ai dit que le mur s'élevait irrégulièrement à la hauteur d'un mètre et demi environ, c'était la hauteur des endroits les plus bas; car, de distance en distance, des portions de constructions s'élevaient à trois ou qnatre mètres, laissant entre elles les ouvertures destinées aux croisées. Ne pourrait-il pas encore se faire que les chevaux qui n'ont pas été atteints (deuxième pièce) aient été ceux qui étaient attachés derrière ces sortes de larges piliers qui leur procuraient nécessairement de l'ombre. D'ailleurs tous les autres chevaux se portaient bien; ceux seulement, dont j'ai fait mention, étaient exposés à l'ardeur du soleil. L'*insolation* doit donc être la seule cause de leur affection, et je l'ai toujours considéré ainsi.

L. Dard,

médecin-vétérinaire.

A la même librairie :

ALIBERT (le baron). — PHYSIOLOGIE DES PASSIONS, ou nouvelle doctrine des sentiments moraux, 2 vol. in-8, 3e édit. augmentée de deux chapitres sur les PASSIONS, l'AMOUR et la JALOUSIE. 1837, ornée de 17 belles gravures. 16 fr.

LE MÊME OUVRAGE, 4 vol. in-18, édition classique ornée de 4 gravures. Paris, 1842. 7 fr.

Cette édition étant destinée aux jeunes gens des deux sexes, nous avons cru devoir supprimer les deux chapitres sur l'*Amour et la Jalousie*, que contient l'édition in-8; par ce moyen nous procurons à la jeunesse un livre utile à son instruction morale et dont la lecture est du plus haut intérêt.

BARRAS, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des prisons. —TRAITÉ SUR LES GASTRALGIES ET LES ENTÉRALGIES, ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins. Tome 1er, 3e édition. 1829, 1 vol. in-8. 7 fr. 50 c.
Tome 2e, 2e éd., revue et considérablement augmentée, 1 v. in-8. 1839. 7 fr.
Prix des deux volumes ensemble. 14 fr.
—PRÉCIS ANALYTIQUE SUR LE CANCER DE L'ESTOMAC, et sur ses rapports avec la gastrite chronique et les gastralgies. In-8. 1842. 2 fr. 50 c.

BARTH, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Paris, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, etc., etc.; **ROGER** (HENRY), docteur en médecine, ancien interne-lauréat des hôpitaux, etc., etc. — TRAITÉ PRATIQUE D'AUSCULTATION, ou exposé méthodique des diverses applications de ce mode d'examen à l'état physiologique et morbide de l'économie. 1 fort vol. in-18. 1841. 4 fr. 50 c.

BAUTIER — TABLEAU ANALYTIQUE DE LA FLORE PARISIENNE, d'après la méthode adoptée dans la Flore française de MM. de LAMARCK et de CANDOLLE, etc., 4e édit., corrigée et augmentée 1839. in-18. br. 3 fr. 25 c.

CAZENAVE, docteur en médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., et **SCHEDEL**, docteur médecin, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis. —ABRÉGÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, d'après les auteurs les plus estimés, et surtout d'après les documents puisés dans les leçons de clinique de M. le docteur BIETT, médecin de l'hôpital St-Louis, 3e édition revue et considérablement augmentée, suivie d'un NOUVEAU FORMULAIRE ou Recueil des principales formules employées par M. BIETT, à l'hôpital Saint-Louis, et dont un grand nombre ont été introduites par lui dans la thérapeutique des maladies de la peau. Un fort vol. in-8., figures coloriées. 11 fr.

CAZENAVE, médecin de l'hôpital de St-Louis, professeur agrégé à la faculté de médecine, etc.—TRAITÉ DES SYPHILIDES OU MALADIES VÉNÉRIENNES DE LA PEAU, précédé de considérations sur la syphilis, son origine, sa nature, etc. 1 volume grand in-8, accompagné d'un Atlas in-folio de 12 planches dessinées, d'après nature, gravées et coloriées avec beaucoup de soin. 34 fr.

CAZENAVE. — LEÇONS PRATIQUES SUR LES MALADIES DE LA PEAU, professées à l'école de médecine en 1841--1842, publiées par fascicules avec planches gravées et coloriées. L'ouvrage paraîtra par livraisons, tous les deux mois; chaque livraison sera composée de 3 à 4 feuilles de texte format in-folio, et de cinq planches gravées et coloriées avec beaucoup de soin. Prix 12 fr. chaque livraison, la première paraîtra très incessamment. (L'ouvrage se composera de 10 à 12 livraisons.)

CLOQUET (Jules), chirurgien en chef de la clinique de la Faculté, professeur à la Faculté de médecine. — MANUEL D'ANATOMIE DESCRIPTIVE DU CORPS HUMAIN, représentée en planches lithographiées 1826-1831. 56 livraisons in-4. fig. noires. 140 fr.
Fig. coloriées 280 fr.